



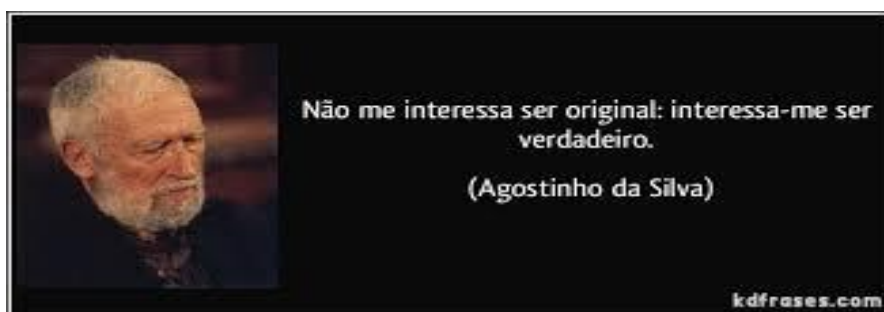
João Manuel
Simões Morgado

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Higienizar as mãos não é opção. É uma obrigação na diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde

Relatório de Estágio apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem *Perioperatória*, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Cândida Ferrito

Outubro de 2014



AGRADECIMENTOS

Este trabalho não ficaria completo sem agradecer a todos os que nos ajudaram a concretiza-lo nomeadamente:

Aos docentes do curso que sempre se demonstraram disponíveis para nos elucidarem e incentivarem na fase de construção do projecto, à Professora Doutora Cândida Ferrito, aos enfermeiros Hernâni Duque e Carla Matos.

À Enfermeira Zélia Pisoeiro pela sua resposta pronta quando lhe solicitamos a autorização para aplicar o questionário que validou no âmbito do seu mestrado.

À Enfermeira gestora do serviço Elsa Martins, que manifestou todo o interesse pelo nosso projeto disponibilizando-se em ajudar e a dar-lhe o merecido seguimento.

Aos nossos colegas de trabalho do bloco operatório, pelo seu incentivo, colaboração e paciência em todo o processo.

A todos aqueles que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para esta realização

A todos, um sincero obrigado!

RESUMO

O presente relatório centra-se na compreensão das razões que levam os profissionais de saúde a não aderirem a prática da higienização das mãos nas unidades de saúde.

Neste sentido, consideramos importante identificar os tipos de barreiras/causas da não adesão à higienização das mãos.

Este projeto contribuiu significativamente por ir de encontro aos nossos objetivos, na deteção e intervenção do problema identificado, de modo a reunir dados que permitam implementar as melhores estratégias, para alcançar uma maior adesão por parte dos profissionais de saúde, visando a prevenção e a redução das infeções, bem como a segurança de utentes e profissionais.

Os resultados indicam, que os profissionais percebem como obstáculo a dimensão avaliação e feedback (m=4,6%) e como menor obstáculo a formação e treino (m=1,76).

A avaliação e feedback com os quais os sujeitos mais concordam e que portanto, se constituem como os principais obstáculos à higienização das mãos foram:

Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos (m=4,65); Não é transmitida informação sobre a taxa de infeção nosocomial dos serviços e da instituição (m=4,55); Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar (m=4,63); Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos (m=4,44).

A partir do diagnóstico realizado da situação, acerca da HM na instituição as medidas a ser adotadas são direcionadas para o incentivo à adesão da HM no sentido de gerar mudanças de comportamentos quer das chefias e da CCI, bem como adequar os recursos na importância de promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática, mas principalmente divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais, pelo seu desempenho.

Palavras-chaves: Barreiras, Higienização das mãos, Profissionais Perioperatórios, Metodologia do projecto.

ABSTRACT

This report focuses on the understanding of the reasons why health professionals do not adhere to the practice of hand hygiene in healthcare facilities.

We consider important to identify the types of barriers / causes of non-adherence to hand hygiene.

This project contributed significantly to go against our objectives in detection and intervention of problem identified in order to gather data required to implement the best strategies to achieve greater adherence by health professionals, aimed at preventing and reducing of infections, as well as the safety of users and professionals.

The results indicate that professionals perceive as an obstacle the size evaluation and feedback ($m = 4.6\%$) and as a minor obstacle to education and training ($m = 1.76$).

The evaluation and feedback with which the subjects more agree and therefore constitute as the main barriers to hand hygiene were:

I do not have easy access to data from the evaluation of results of hand hygiene ($m = 4.65$); No information is transmitted on the rate of nosocomial infection of services and the institution ($m = 4.55$); The results are not discussed in the service, for evaluation of what is good and what can be improved ($m = 4.63$); Are not transmitted the results of the evaluation of adherence to hand hygiene either in training or in posters displayed ($m = 4.44$).

From the diagnosis made of the situation, about the institution HM measures to be adopted are directed to encourage the accession of HM in order to generate changes in behavior of both managers and the ICC, as well as adequate resources on the importance of promoting monotorization the accession of professionals to this practice, but mostly regularly disseminate feedback to professionals for their performance.

Keywords: Barriers, Hand hygiene, perioperative Professionals

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AO	Assistentes Operacionais
AESOP	Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas
AORN	Associação Americana de Enfermeiros de sala de operações
BHM	Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos
CA	Conselho de Administração
BO	Bloco Operatório
CUF	Companhia União Fabril
CCI	Comissão o Controlo da Infecção
CCIH	Comissão do controlo da infecção hospitalar
ENF.º	Enfermeiro
H. CUF	Hospital Cuf Infante Santo
HM	Higienização das Mãos
HSM	Hospital de Santa maria
DGS	Direcção Geral da Saúde
FIG	Figura
GCR	Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo da Infecção
IACS	Infecção Associadas aos Cuidados de Saúde
IAC	Infecções Adquiridas na Comunidade
IPi	Inquérito de Prevalência da Infecção
IPS – ESS	Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde
PNCI	Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
MS	Ministério da Saúde
MRSA	Staphilococcus Áureos Resistentes à Meticilina
MS	Ministério da Saúde
OMS ou WHO	Organização Mundial de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
ORL	Otorrinolaringologia
PNCI	Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção

POPCI	Programa Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção
PBE	Prática Baseadas em Evidencias
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SABA	Solução antisséptica de Base Alcoólica
SWOT	<i>Strenghts Weaknesses Opportunities Threats</i>
IH	Infeção Hospitalar
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SO	Sala de Operações
TDT	Técnico de Diagnostico e Terapêutica
UCP-ICS	Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	15
2	ENQUADRAMENTO TEORICO	19
2.1	COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA...	22
2.2	DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	25
2.2.1	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	26
2.2.2	Higienização das mãos	27
2.2.3	Barreiras à Adesão à higiene das Mãos	30
2.2.4	Taxa de prevalência das IACS	33
3	PROJETO DE INTERVENÇÃO	35
3.1	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	35
3.1.1	Caracterização do Bloco Operatório do Hospital Privado	37
3.1.2	Caracterização da equipa multidisciplinar	38
3.1.3	Adesão do Hospital Privado à Campanha da HM	39
3.1.4	Análise SWOT	44
3.2	PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DO PROJECTO	46
3.3	DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	47
3.4	ATIVIDADES, ESTRATÉGIAS E PLANEAMENTO	48
3.5	ASPETOS ÉTICOS	50
3.6	MEIOS	50
4	METODOLOGIA	51
4.1	TIPO DE ESTUDO	51
4.2	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	52
4.3	INSTRUMENTO DA COLHEITA DE DADOS	52
4.4	POPULAÇÃO / AMOSTRA	53
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
5.1	CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	54
6	IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	55
6.1.1	Barreiras à higienização das mãos e género	59
6.1.2	Barreiras à higienização das mãos e idade	60
6.1.3	Barreiras à higienização das mãos e tempo de serviço	61
6.1.4	Barreiras à higienização das mãos e categoria profissional	63

6.1.5 As barreiras identificadas e o seu peso.....	64
7 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO.....	65
12 Competências adquiridas	68
12 CONCLUSÃO	69
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
METODOLOGIA.....	110
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	111
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	111
RESULTADOS	112
CONCLUSÃO.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

ÍNDICE DE APÊNDICES

1 – Ficha de Diagnóstico.....	81
2 – Ficha de Planeamento de projecto.....	84
3 – Plano de Formação.....	94
4 – Póster sobre a taxa de HM no Bo de 2011,2012 e 2013.....	96
5 – Autorização para a aplicação do questionário.....	98
6 – Semana da higienização das mãos.....	100
7– Cronograma de Estágio e Atividades.....	101
8 – Formação IACS	104
9 – Poster “Higienizar as mãos não é uma opção mas uma obrigação”	111

ÍNDICE DE ANEXOS

1 – Questionário.....	87
2 – Formulário de Observação.....	89
3 – Percepção da importância da higiene das mãos na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.....	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Cartaz alusivo aos 5 momentos, disponibilizado pela DGS	40
Figura 2 – Cartazes distribuídos na fase 2	43
Figura 3 – cartazes técnicos.....	43
Figura 4 – Análise SWOT	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Categoria profissional.....	55
Tabela 2 – Consistência interna.....	55
Tabela 3 – Estatísticas descritivas (fatores).....	56
Tabela 4 – Estatísticas descritivas (itens).....	58
Tabela 5 – Coeficientes de correlação.....	58
Tabela 6 – Higienização e género	59
Tabela 7 – Higienização e idade.....	60
Tabela 8 – Teste de Tukey.....	60
Tabela 9 – Teste de Tukey.....	61
Tabela 10 – Higienização e tempo de serviço	61
Tabela 11 – Teste de Tukey.....	62
Tabela 12 – Higienização e categoria profissional.....	63
Tabela 13 – Teste de Tukey.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de adesão da higienização das mãos - (CCI- Hospital Privado, 2012)....	36
Gráfico 2 – Género	54
Gráfico 3 – Escalões etários	54
Gráfico 4 – Tempo de serviço	55
Gráfico 5 – Higienização e género	59
Gráfico 6 – Higienização e idade	61
Gráfico 7 – Higienização e tempo de serviço.....	62
Gráfico 8 – Higienização e categoria profissional.....	64

1 INTRODUÇÃO

No âmbito do mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal surge o presente Relatório de Estágio com a descrição das diversas etapas do projecto e o desenvolvimento de competências que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório). Este relatório final surge como a concretização e sistematização do trabalho desenvolvido na unidade temática, projeto / estágio.

O presente Relatório destina-se a descrever e analisar o projecto de intervenção nos aspetos de diagnóstico de situação e planeamento, em ligação às competências teórico práticas inerentes ao desempenho do enfermeiro perioperatório.

É um trabalho individual que decorre da implementação de um projeto de intervenção, tendo em vista o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, no bloco operatório. “Um projeto profissional não é um acto isolado nem individual”. (CABETE, 1998 p.34), por isso, temos envolvido a equipa multidisciplinar do serviço neste trabalho, no sentido de estes, nos transmitirem as suas necessidades nesta área como intervenientes no processo da prevenção da infeção do cliente cirúrgico.

A área de intervenção deste projeto recai sobre a temática do controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde- (IACS) e versa sobre o assunto: “Higienizar as mãos não é opção. É uma obrigação, na diminuição das IACS”.

“No passado, as infeções nosocomiais eram vistas como uma fatalidade necessária, o resultado do tratamento, fruto do azar. Atualmente as infeções deste tipo são considerados um erro, se não tiverem sido respeitados as boas práticas que existem hoje para as impedirem, e no extremo são mesmo considerados como um evento sentinela, que deveria determinar uma investigação dirigida”. (FRAGATA, 2011 p.119)

Como é conhecido, no bloco operatório trabalha um conjunto de profissionais de diferentes áreas, mas em equipa e com objectivos comuns. Os profissionais utilizam as mãos como principal instrumento de trabalho, tornando-se o principal portador de microorganismos pelo contato com as mãos, com equipamentos, ambiente e utente (WHO, 2009) e, foi neste âmbito que surgiu a problemática que consideramos ser pertinente e urgente trabalhar. A

realização in loco das observações permitiu, perceber que, apesar da disponibilidade dos equipamentos/produtos e a existência de cartazes mostrando todas as etapas do processo da higienização das mãos, a taxa de adesão em 2012, foi de apenas 64,6%. (CCI do Hospital, 2012)

(...) A finalidade da observação é inicialmente, determinar o grau de adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, bem como avaliar a qualidade no desempenho dos procedimentos. (OPS/OMS 2008, pag.35)

Situamos a problemática deste estudo na compreensão das razões pelas quais os profissionais de saúde não aderem à higienização das mãos.

A OMS centrou-se na lavagem das mãos na sua 1ª campanha sobre a segurança dos doentes, “*Clean Care is Safer Care*”, estabelecendo as recomendações universais para a higienização correcta das mãos, na prática dos cuidados de saúde, em pelo menos cinco fases no contacto com o doente.

Pois, a partir da consulta dos dados relativos às observações, sobre os cinco momentos da Higienização das Mãos, realizadas no Hospital, desde 2009, constatou-se que, no BO, a taxa de adesão em 2010, foi apenas de 56%, em 2011, a taxa de adesão foi de 70,3% de realçar um aumento significativo, relativamente ao ano anterior e em 2012, uma taxa de adesão de 64,6%. De salientar uma diminuição da taxa relativamente ao ano anterior.

“Após análise das observações, constatou-se a existência de dois serviços com uma taxa de adesão abaixo dos 65% e adesão por indicação revelou também, que existem momentos de fraca aderência por parte dos colaboradores. Desta forma será prioritária uma acção direccionada para os serviços que mais necessitam, tendo em vista o aumento da taxa de adesão e consequentemente um diminuição das infecções associadas aos cuidados de saúde”. (Análise da CCI do Hospital, 2012 pág.3)

Como tal, desencadeamos interesse em saber mais sobre quais as barreiras que estão a impedir os profissionais de cumprirem as recomendações, e tentar responder à questão de investigação “Quais as barreiras à adesão à higiene das mãos, que são auto percecionadas pelos profissionais de saúde do BO porque, “ Higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção no controlo da infecção.” (DGS Circular normativa nº13/DQS/DSD de 14/06/2010 pag.2).

E, para que surja uma infecção nosocomial contribuem diversos fatores predisponentes: imunossupressores, prematuridade, debilidade física, colonização por bactérias; fatores de

invasibilidade e diagnóstico e terapêutica: (entubação, vias centrais, drenos, algalias) e factores terapêuticos do momento (imunossuppressores, tratamento por antiácidos, transfusões, terapêutica antibiótica prolongada, o contacto directo (mãos), o contato indireto (instrumentos contaminados), o contato por gotículas, a transmissão aérea) ” (FRAGATA, 2011 pág. 119)

Assim, com a realização do projeto pretende-se, como objetivo geral:

Aumentar a taxa de adesão dos profissionais do BO à higienização das mãos.

Como objetivos específicos:

- Identificar as barreiras à adesão à higienização das mãos, percecionadas pela equipa multidisciplinar do bloco operatório;
- Implementar as melhores estratégias para alcançar uma maior adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde;

Tendo como fio condutor a questão de partida, para o desenvolvimento deste trabalho pretendemos identificar as barreiras pessoais, físicas ou institucionais que a equipa multidisciplinar perceciona acerca das barreiras à higienização das mãos, de modo a implementar as melhores estratégias de forma a contribuir para o aumento da adesão a este procedimento.

A população, são todos os profissionais do BO e a amostra foi de conveniência, de acordo a disponibilidade de responder aos questionários.

O instrumento de recolha de dados utilizado é o questionário que foi preenchido durante o mês de Novembro de 2013.

O presente trabalho é constituído por uma “introdução” e por mais três partes, englobando em cada parte diversos capítulos. Na primeira parte, pelo enquadramento teórico, no qual para além da contextualização teórica do projeto, consta uma breve caracterização da organização do serviço e a fundamentação teórica que serviu para familiarizarmos com o conhecimento actualizado da literatura sobre a temática, nomeadamente: “o modelo conceptual” que adoptamos para fundamentar a nossa prática de cuidados, as funções do enfermeiro perioperatório, vários registos na literatura sobre os motivos da “baixa adesão”, alguns “conceitos” sobre a higienização das mãos e o diagnóstico da situação. Na segunda parte, o estudo empírico, procedemos a descrição da metodologia de projecto adoptada para a sua realização, bem como o planeamento para a sua execução. O terceiro capítulo consiste na implementação do projecto no bloco operatório. Procedemos também ao

enquadramento metodológico essencial em qualquer trabalho de investigação. “Problemática do estudo”, “apresentação dos dados”, “discussão dos resultados” e “conclusão”. Juntamos ainda como anexos o questionário, o pedido para aplicação do questionário e a autorização para a sua aplicação.

Tornou-se importante respeitar o cronograma elaborado, de forma a facilitar a realização dos objectivos gerais. Foi efectuada pesquisa bibliográfica, por forma a adquirir conhecimentos sobre o problema em causa, através da consulta de normativas, decretos-leis despachos, planos de acção e estudos existentes na CCI do hospital, circulares informativos, guias práticos, técnicas e normas da OMS e DGS e, também através de literatura internacional e nacional sobre o tema da higienização das mãos e infecções associados aos cuidados de saúde.

Também, foram realizadas reuniões com o orientador do estágio, com a Professora Orientadora do Instituto Politécnico de Setúbal e com a enfermeira responsável pela CCI, permitindo-me desta forma esclarecer dúvidas e orientações para o desenrolar desta etapa.

Os recursos utilizados para a concretização dos objectivos gerais foram fundamentais para a realização dos mesmos. Nos recursos materiais utilizados há a destacar, os livros, internet, textos, biblioteca do Instituto Politécnico de Setúbal, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e folhetos sobre o assunto.

Quanto aos recursos humanos destaco a Professora Orientadora e o Enfermeiro Orientador no local do estágio, a Enfermeira Gestora e a Enfermeira responsável da CCI, a equipa multidisciplinar do bloco operatório e a todos que contribuíram para a realização e desenvolvimento deste projecto, através da disponibilidade demonstrada, transmissão de conhecimentos e entajuda.

2 ENQUADRAMENTO TEORICO

Este capítulo destina-se à contextualização teórica do projeto. Pretendemos abordar alguns conceitos base sobre a prevenção de infeção relacionada com a prestação de cuidados de saúde, bem como a necessidade de identificar a área em que este projeto se vai desenvolver, o modelo conceptual que adotamos para fundamentar a nossa prática dos cuidados e as competências do enfermeiro perioperatório.

O suporte teórico resulta na revisão da literatura existente, que se revela pertinente na investigação a efetuar (FORTIN,1999,p.74).

Temos, obviamente, como base o Manual de Enfermagem do Hospital Privado e os critérios da AESOP. Teremos também em conta toda a pesquisa bibliográfica efetuada, partilha de experiências com colegas, a nossa própria experiência e especialmente o modelo conceptual que utilizamos para orientar a nossa prestação de cuidados, pois, a partir de 1950, varias teóricas como por exemplo, Virgínia Henderson, Hieldegrand E. Peplau, Dorothea Orem, Idea Jean Orlando, Faye Abdellah, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Imogene King e muitas outras, contribuíram para a autonomia e identificação de enfermagem como ciência.

Depois de fazermos uma leitura exaustiva das teorias e dos modelos de enfermagem, chegamos a conclusão que todas convergem para a necessidade de se prestar uma assistência sistematizada. Isto é planejar as acções, determinar, gerenciar os cuidados, registar o que foi planeado e executado, e finalmente avaliar estas acções de modo a permitir “arranjar conhecimentos a partir de práticas.”

A sistematização de assistência de enfermagem implica uma metodologia de trabalho, qualquer que seja o modelo teórico utilizado, utilizando para isso os seus conhecimentos e habilidades. Após ter reflectido e perceber quais são as nossas práticas e a dos nossos colegas, cabe-nos encontrar aquela que mais se adapta à nossa realidade e para haver qualidade nos cuidados que prestamos é fundamental que eles se apoiem num modelo conceptual, devemos dizer, com convicção que incluímos os nossos cuidados na escola das necessidades, no qual se incluem o modelo de Virgínia Henderson, pelo qual admitimos conseguir relacionar com os cuidados que prestamos, porque esta manifesta não só preocupação com o bem-estar biológico da pessoa, mas também pelo bem-estar emocional, social e espiritual, vendo pois a pessoa como um todo. Para esta teórica o ambiente tem

grande influência sobre a saúde. Segundo VIRGINIA HENDRESON (citado por PHIPPS; LONG e WOONG, 1990, p.12); “a função única é assistir o indivíduo, doente ou são, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para morte tranquila que ele realizaria sem o seu auxílio se para tal tivesse a força necessária, a vontade ou os conhecimentos). E fazer isso de modo a ajudá-lo a conquistar independência tão rápido quanto possível”.

VIRGINIA HENDRESON “identificou 14 componentes dos cuidados básicos de enfermagem para ajudar o cliente a realizar estas tarefas. Nestes 14 componentes estão incluídas as necessidades básicas como, comer, dormir, respirar, a eliminação de excreções corporais, mas estão também incluídas a importância do culto, o trabalho, o jogo ou outras formas de recreação e aprendizagem. Para esta teórica a enfermagem deve possuir bases sólidas de conhecimento em ciências biológicas, mas também sociais para que os enfermeiros possam apreciar, planear, implementar e avaliar os cuidados” (PHIPPS, LONG e WOODS, 1990, pag.12).

No bloco operatório a necessidade que o cliente tem do enfermeiro é compreensível, visto que depois de anestesiado fica completamente dependente da equipa que o cuida. Da mesma forma a mudança de comportamentos da equipa multidisciplinar no que respeita às medidas do controlo da infeção parece-nos essencial, pois faz parte da necessidade de apreciar e vai permitir o planear os cuidados de enfermagem, como é mencionado por Virgínia Henderson. Para o doente, as infeções implicam um maior grau de morbidade, uma vez que interferem com o seu processo de convalescença e de retorno à vida diária. Causam sofrimento humano, desconforto, ansiedade e reduzem a qualidade de vida. Estas inquietações são sentidas pelo doente e seus familiares.” (AESOP 2006, pag.51)

As acções que desenvolvemos têm que assentar num referencial teórico e o que pretendemos é que o ambiente não interfira negativamente no equilíbrio da saúde de quem cuidamos. Portanto a nossa prática vai ter de ser fundada numa teoria que suportara as intervenções que realizamos. Portanto, “As infeções hospitalares ou nosocomiais são uma complicação do internamento hospitalar e continuam a ser um importante indicador da qualidade dos cuidados. Quando ocorrem, conduzem a um prolongamento do internamento hospitalar e respectivo tratamento, com custos elevados em termos de recursos humanos e materiais.” (AESOP 2006, pag.51)

Até há década de oitenta, a “enfermagem de sala de operações era muito tecnicista, a

obediência ao cirurgião é dedicada e indiscutível, as necessidades do doente são frequentemente esquecidas e os enfermeiros que trabalham nos blocos operatórios têm que ser verdadeiramente técnicos, tem que apresentar uma grande destreza manual e uma enorme resistência ao cansaço. Totalmente apoiado no modelo biomédico, o doente é “apenas” um ser a tratar “ (AESOP 2006 pág. 6). Neste enquadramento, surge a necessidade de efectivar uma mudança, onde o centro, do seu trabalho, recaia no doente. No início desta década existiu uma movimentação europeia que teve por objectivo construir uma associação que representasse todos estes profissionais. Em Portugal, em 1986, é criada a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). São seus objectivos promover a qualidade dos cuidados prestados no bloco operatório, desenvolver a investigação na área dos cuidados Perioperatórios, assegurar a formação contínua dos seus sócios, salvaguardar os interesses profissionais, promover social e deontologicamente os seus associados, na defesa da orientação do trabalho do enfermeiro perioperatório para o cliente, sendo por ele que “o trabalho do bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado. Esta é pois uma nova época, que impele a constante dinamização de conhecimentos do enfermeiro de bloco operatório, é nesse âmbito, segundo a AORN (citado por PINHEIRO, 1993, p.6) que é função da enfermeira de sala de operações identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do individuo, pôr em prática um plano de cuidados individualizados que coordene as acções, baseado no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo, antes durante e depois da cirurgia. Esta ideia fica complementada pela AESOP (1994, p.4), que diz o seguinte: a enfermagem peri operatória dá continuidade aos cuidados destinados a satisfazer as necessidades dos indivíduos. A prática dos cuidados é orientada por um modelo conceptual e por normas para cuidar o cliente. O cliente necessita nesta fase, do tratamento da sua patologia, mas também que se assegure a sua integridade física.

Definindo o espaço físico do bloco, deve ser, segundo o dicionário de língua Portuguesa “o local adequadamente equipado para a realização de intervenções cirúrgicas” (ACADEMIA de CIÊNCIAS de LISBOA, 2001, p. 541).

O bloco operatório é caracterizado por ser uma área física com elevados recursos humanos cujo objectivo é o de prestar cuidados a doentes em estados críticos, de uma forma rápida e eficaz. Esta é uma unidade cirúrgica que se encontra fechada e isolada do exterior, cuja

concepção deverá depender não só da população a que se destina como das “especialidades cirúrgicas e tipos de cirurgia a que se deverá resposta, da tecnologia de apoio bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar uma resposta positiva” (FERREIRA, 2010. Pág. 50).

2.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Historicamente e segundo alguns artigos a que tivemos acesso no decorrer deste trabalho, originalmente os enfermeiros que trabalhavam no bloco operatório eram os mesmos que trabalhavam nas enfermarias (CASTELDINE, citado por MIKE BARKE, 1997, p.9). O aumento do número de cirurgias obrigava o enfermeiro a manter-se muito tempo afastado dos seus deveres na enfermaria. Esse facto aliado com a necessidade de existir um meio asséptico para as cirurgias, deu origem aos espaços fechados que hoje conhecemos como blocos operatórios. Consequentemente surge também o papel de enfermeiro de blocos operatórios, que fica isolado dos seus restantes colegas. É este facto que leva mais tarde à incompreensão do papel do enfermeiro peri-operatório, pois além do seu isolamento geográfico são acusados de terem apenas um papel de meros técnicos, incapazes de estabelecermos relações interpessoais com os clientes.

Esta forma de pensar tem necessariamente de ser ultrapassada. Pensamos que esta alteração passa exatamente pela mudança de comportamentos.

Segundo, o nº 4 do artigo 15º do Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de Março, alterado pelos, Decreto-lei nº 107/2008 de 25 de Julho e Decreto-Lei nº230/2009 de 14 de Setembro, o desenvolvimento da competência em enfermagem perioperatória, aponta para a capacidade de compreensão no domínio da enfermagem Perioperatória. Assim, o enfermeiro perioperatório deve: Demonstrar capacidade que lhes permita uma aprendizagem ao longo da vida profissional, aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações novas e não familiares, incluindo em contexto de investigação, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta própria da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas acções, comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínio a eles subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem

ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

Daqui se depreende que a intervenção dos enfermeiros no bloco operatório ultrapassa o tempo da cirurgia propriamente dito, abrangendo também os períodos pré e pós-operatório. Logo é essencial que a nossa prática esteja fundamentada em princípios éticos, deontológicos e conhecimentos científicos sólidos pois só assim realizaremos os melhores cuidados, para o qual fomos formados como enfermeiros. Nesse sentido a prática de enfermagem peri operatória, é definida como “sendo o conjunto de ações de enfermagem, necessárias a avaliação das necessidades do doente cirúrgico e a resolução dessas mesmas necessidade. Os conhecimentos teórico-práticos, responsabilização profissional e disponibilidade, orientam o enfermeiro na tomada de decisões”: papel desempenhado pelo enfermeiro peri operatório afirma-se pela prestação de cuidados individualizados “em unidades ou serviços onde se encontram doentes agudos ou em estado crítico, submetidos a exames ou intervenções cirúrgicas, de forma a responder efetivamente às necessidades de cada doente e às suas expectativas relacionadas com as suas convicções e experiências cirúrgicas anteriores” (AESOP;2006, pág. 7)

De acordo com a AORN – *American Association of Operating Room Nurses* (1998, cit in AESOP, 2006 pág. 9), a função do enfermeiro peri operatório define-se por “identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia”. Assim, a importância do papel que desempenha reside num conjunto de actividades que se encontram orientadas não só para uma área técnica como também para as necessidades humanas, centradas numa relação de ajuda e de cuidar (AESOP,2006 pág.8).

Como membros da equipa de saúde, o enfermeiro peri-operatório, tem funções independentes, interdependentes e dependentes devendo colaborar também ao nível da prática da formação, da administração e da investigação (AESOP, 1994, p.4). E, com os sólidos conhecimentos científicos a enfermagem vai ao encontro das soluções dos problemas que surgem na prática.

Desta forma, a componente pratica assume um papel fundamental na formação do enfermeiro peri operatório, de forma a interagir a componente teórica e a prática abrindo

assim o caminho para novas aprendizagens que nos levam a praticar os melhores cuidados. (Figueiredo, 2004 p. 109).

Depois destes conceitos da enfermagem peri operatória fica obviamente definido o papel, as funções e as competências dos enfermeiros no bloco operatório.

Os anos noventa marcaram também de forma incontestável o quadro formativo no campo da enfermagem, pois foi concretizada a passagem e integração das Escolas de Enfermagem no Ensino Superior, o que veio reforçar o estatuto profissional e social do enfermeiro, marcando a sua autonomia profissional. Este novo enquadramento da profissão permitiu, que a formação pré-graduada em enfermagem passasse a ser assegurada pelo curso de licenciatura em enfermagem (quatro anos), com um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em Enfermagem (OE, 2008 Pag.6).

Embora os cuidados de enfermagem Peri operatórios ainda não sejam reconhecidos de especialização em enfermagem, há no entanto a movimentação de uma Associação que se debate por este reconhecimento. Destaca-se, portanto, uma inexistência de formação específica reconhecida e aprovada pela Ordem dos Enfermeiros ao contrário do que acontece com outras especialidades, o que conduz a uma reivindicação, por parte dos enfermeiros perioperatórios, do reconhecimento, e que nos permita o mesmo acesso a uma formação específica e, conseqüentemente, o seu reconhecimento social e a sua progressão profissional. Desta forma, *“As estratégias que o enfermeiro de bloco operatório utiliza para o seu desenvolvimento profissional, têm por base a consciência de que nunca mais poderão parar de estudar e de actualizar os seus conhecimentos, numa constante procura de um reconhecimento académico que consolide a sua prática profissional e o seu estatuto social. Muitas vezes, a pesquisa de informação revela-se num processo solitário de tentar compreender determinada temática, por uma questão de desafio pessoal ou por um aperfeiçoamento do saber, como base de preparação para uma intervenção cirúrgica específica”* (ESTEVES, 2012 pág. 29).

Desenvolvimento de Competências do Grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória

- ❖ Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da

enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.

- ❖ Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.
- ❖ Integra conhecimentos, lida com questões complexas, desenvolve soluções ou emite juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.
- ❖ Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.
- ❖ Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2.2 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

A humanização e modernização das Instituições de saúde não devem centrar-se única e exclusivamente nas infra-estruturas, aquisição de equipamentos e recursos humanos, mas sobretudo na mudança de comportamentos e atitudes que visem a qualidade que os utentes esperam e têm direito. (AESOP, 2006 p. 122)

No passado, os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Com os trabalhos pioneiros de Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale, foram desenvolvidos os primeiros contornos da prevenção e controlo da infeção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados.

Historicamente o médico Húngaro Ignaz Philippe Semmelweis, (1818-1865), conseguiu produzir a primeira evidência científica de que a higienização das mãos poderia evitar a transmissão de febre puerperal. Semmelweis defendia a assepsia e obrigava a lavagem das

mãos antes do parto, como forma de evitar a contaminação das parturientes com microrganismos provenientes das mãos dos estudantes de medicina e dos próprios médicos. Com isso a mortalidade materna reduziu de 12,24% em Maio para 2,38% em Junho e 1,20% em Julho. Posteriormente Semmelweis percebeu também a necessidade de tornar obrigatória a lavagem das mãos entre cada paciente examinada (CELINE,1998).

No contexto da Enfermagem, Florence Nightingale, em Inglaterra, após observações feitas e com o objetivo de reduzir o risco das infeções, tão altos naquela época, passou a valorizar as condições do paciente e do ambiente destacando a limpeza, iluminação natural, odores, calor, ruídos e sistema de esgoto, mais do que a arquitectura pura e simplesmente estética, reduzindo drasticamente as taxas de mortalidade entre os soldados de guerra. Após a implantação dessas medidas de prevenção, descreveu as estratégias relacionadas com o cuidado do paciente e o ambiente hospitalar, e suas teorias constituíram a base do moderno controlo de infecção hospitalar (LOPES e SANTOS, 2010 pág.184-185).

2.2.1 Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007p.7) define uma infecção associada aos cuidados de saúde como, “ (...) adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infecção, e que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e, que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detectam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde”.

DGS define A Infecção Associado aos Cuidados de Saúde (IACS) como “uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (PNCI, pag.4)

Fragata, (2011) define infecção hospitalar, a infecção adquirida no hospital 48 horas ou mais após a admissão e/ou 30 dias após a alta.

As IACS constituem um problema de saúde, devido à elevada morbilidade/mortalidade e custos associados. Por se tratar de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validado e porque a prevenção é possível, deve ser uma componente de qualquer programa de segurança do doente. Os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infecção por microorganismos

multirresistentes que na actualidade representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que origina.

2.2.2 Higienização das mãos

“É a remoção da sujidade e da maior parte da flora transitória das mãos reduzindo-a a níveis baixos que não constituam risco de transmissão”. (...) (CCI-Hospital de Santa Maria, norma nº3/2002, pág. 2)

Higiene das mãos: termo geral que se aplica a qualquer um dos seguintes procedimentos:

- Lavagem das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano);
 - Fricção das mãos com a aplicação de um anti-séptico de base alcoólica por fricção das mãos, a fim de reduzir ou inibir o crescimento de microorganismos (a sua utilização não necessita de água nem toalhetes ou de outros dispositivos);
 - Anti-sepsia das mãos, acção de redução ou inibição do crescimento dos microorganismos através da fricção com SABA ou através da lavagem com sabão antimicrobiano;
 - Preparação pré cirúrgica das mãos, executada pela equipa cirúrgica no bloco operatório com o objectivo de eliminar a flora transitória e de reduzir a flora residente. Os anti-sépticos a utilizar devem ter uma actividade antimicrobiana persistente ou residual. Esta preparação pode ser feita de duas formas:
 - Por fricção anti-séptica cirúrgica das mãos com solução de base alcoólica.
 - Por lavagem anti-séptica cirúrgica das mãos com água e sabão antimicrobiano.
- (DGS, circular normativa nº13/DQS/DSD de 14/06/2010, pág.5)

A flora transitória fica localizada na superfície da pele e é formada por microorganismos que adquirimos no contacto com o ambiente quer seja animado ou inanimado. Qualquer tipo de microorganismo pode ser encontrado transitoriamente nas mãos, apesar de ser mais comum encontrar bacilos gram negativos (ex. *Escherchia coli* e *pseudomonas*) e cocos gram positivos (ex. *estafilococos*) os agentes bacterianos mais frequentemente causadores da infecção hospitalar. Têm um curto tempo de sobrevivência, um elevado potencial patogénico e são facilmente transmitidos por contacto. A lavagem das mãos com sabão simples remove-os com facilidade (CCIH do Hospital de Santa Maria).

Os agentes mais frequentes envolvidos são: *Enterococcus spp*, *Escherchia coli*,

Pseudomonas spp e *staphylococcus aureus* (MRSA) - por methicillin resistant *staphylococcus aureus* e *clostridium difficile*. (FRAGATA 2011, pág.119).

A flora residente existe normalmente na epiderme onde se multiplica, tendo funções importantes de prevenção da colonização com a flora transitória. Aquela flora é constituída principalmente por bacilos e cocos gram positivos e anaeróbicos. Raramente causam doença a não ser quando introduzida traumáticamente nos tecidos ultrapassando a barreiras naturais, pelo que tem pouco significado nos procedimentos de rotina. Estes microorganismos não são facilmente removidos pela acção mecânica da lavagem das mãos sendo necessário recorrer a acção química de um anti-séptico associado ou não ao agente de lavagem (CCIH - Hospital de Santa Maria).

“A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efectivas na redução da infecção associada aos cuidados de saúde. É consensual que a transmissão de microorganismos entre os profissionais e os doentes e entre doentes através das mãos é uma realidade incontornável” (...). Neste contexto, a higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção no controlo da infecção. É, também, considera uma medida com impacto indirecto no controlo das resistências aos antimicrobianos.” (DGS Circular normativa nº13/DQS/DSD de 14/06/2010 pag.2).

“A infecção tem importante impacto no doente e nos serviços de saúde, sendo uma complicação comum, mas, em grande parte, evitável. (AESOP 2006, pag.51)

Mas, nem todas as infecções nosocomiais são evitáveis (doentes imossuprimidos, diabéticos, má nutrição, corticoterapia, cirurgias contaminadas, etc.) mas a adopção de medidas de profilaxia é hoje mandatória. (FRAGATA, 2011 pag.120)

Uma eficaz higienização das mãos implica:

- Unhas curtas e sem verniz;
- Ausência de anéis, pulseiras e relógios de pulso;
- A utilização de uma técnica que abranja toda a superfície das mãos. (DGS Circular normativa nº13/DQS/DSD de 14/06/2010 pag.31).

De um modo geral as mãos devem ser lavadas antes e após contacto com os doentes ou após contacto com materiais contaminados.

Há, no entanto situações em que devido aos elevados riscos de adquirir ou transmitir microorganismos patogénicos, a higienização das mãos se torna imprescindível:

- Antes de prestar cuidados a doentes cujas barreiras naturais contra a infecção estejam comprometidas por exemplo com drenos, cateteres etc.;
- Antes de prestar cuidados a doentes particularmente debilitados;
- Antes de manipular alimentos, medicamentos ou material esterilizado;
- Após ocorrer contaminação das mãos com fluidos orgânicos;
- Após manipular roupa suja ou materiais contaminados;
- Após utilizar os sanitários;
- Após remover as luvas - as mãos são muitas vezes contaminadas ao retirá-las e são frequentes as perfurações imperceptíveis. (CCIH-Hospital de Santa Maria)

De modo a simplificar a interpretação do vasto leque de conceitos sobre higiene das mãos, são definidos três métodos a utilizar. De acordo com os procedimentos a efectuar, assim a técnica de higienização a utilizar:

a) Lavagem higiene das mãos com água e sabão (comum ou com antimicrobiano): Esta técnica aplica-se às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, a prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após usar instalações sanitárias. O procedimento demora cerca de 60 segundos.

b) Fricção anti-séptica: aplicação de um anti-séptico de base alcoólico para fricção das mãos (a sua utilização não necessita de água nem de toalhetes). Esta técnica aplica-se antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 15-30 segundos.

C) Preparação Pré Cirúrgica das mãos: consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório, com o objectivo de eliminar a flora transitória e de reduzir a flora residente. Os anti-sépticos a utilizar devem ter uma actividade antimicrobiana com acção residual. O procedimento demora entre 2-3 minutos.

(Direcção- Geral da Saúde, circular normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 pag.5-6).

As soluções alcoólicas são mais eficazes. Vários factores favorecem claramente a desinfecção pré-cirúrgica com SABA, incluindo a rapidez de acção, poupança de tempo no procedimento, diminuição dos efeitos secundários na pele e a eliminação do risco de recontaminação das mãos no enxaguamento com água após a lavagem. (Direcção- Geral da Saúde, circular normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 pag.34).

2.2.3 Barreiras à Adesão à higiene das Mãos

Em pleno Século XXI, tantos anos após o levantamento das hipóteses de Semmelweis, ainda há resistência à técnica e ao hábito da lavagem das mãos. A experiência de Semmelweis deu-nos a certeza da importância da higienização das mãos para a prevenção das infecções, porém as dificuldades foram imensas até conseguir provar e chegar a essa conclusão.

“Muitas décadas se passaram e diversos cientistas e filósofos comprovaram e defenderam a causa da assepsia. Mesmo com a constatação do valor e da importância da higienização das mãos na transmissão das Infecções associados aos cuidados de saúde independentemente da importância ou da posição que ocupam, continuamos a ignorar um gesto tão simples e não compreendemos os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas”. (SANTOS, 2012 pág. 2)

As "IACS, não sendo um problema novo, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis”.(PNCI-DGS, 2007 pag.4).

A Direcção Geral de Saúde (DGS), por meio da Aliança Mundial para a segurança do paciente (OMS) dedicou esforços na elaboração de directrizes e estratégias de implantação de medidas visando à adesão à prática de higienização das mãos, onde:

Dezenas de unidades de saúde pública e privadas, de todo o país, aderiram formalmente e foram investidos muito dinheiro em material promocional e em formação.

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) emanou Circulares Normativas relativas à organização das actividades de prevenção e controlo de infecção nas unidades de saúde, responsabilizando os Órgãos de Gestão, para a criação de condições físicas e recursos humanos e logísticos para que as CCI possam desenvolver as suas atribuições nas diversas áreas de intervenção.

Foi feito o levantamento das necessidades de lavatórios para água e sabão ou solução alcoólica, de modo a assegurar que as infra-estruturas necessárias estejam disponíveis para permitir a prática correta da higiene das mãos pelos profissionais de saúde.

Foram realizadas várias formações, com carácter obrigatório, de modo a fornecer capacitação

regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos, com base na abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e os procedimentos correctos.

Foram afixados lembretes no local de trabalho para alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados a realiza-la.

Foram legislados despachos, dos quais destacamos:

- Despacho Ministerial, N.º 14178/2007 DR. II série, N.º 127 de 4 Julho de 2007 - aprova o PNCI e determina que sejam criadas CCI em todas as unidades de saúde. Concomitantemente, o PNCI foi divulgado oficialmente no sítio da DGS.
- Despacho do Director-Geral da Saúde, N.º 18052/2007, publicado no Diário da República, II Série – N.º 156, de 14 de Agosto de 2007 - revê o Despacho publicado no Diário da República, II Série N.º 246 de 23/10/1996 e determina a reestruturação das CCI em todas as unidades de saúde.
- Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, N.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 define a organização das CCI e o POPCI em todas as unidades de saúde.
- Circular Normativa da Direcção – Geral de Saúde nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 que dá Orientações de Boas Práticas para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.

Porém, diferentes motivos são relacionados à negligência à HM, diferentes estudos avaliam que a adesão dos profissionais a esta prática de forma constante e na rotina diária ainda é insuficiente, embora seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, vários registos na literatura mostram a baixa de adesão à higienização das mãos:

A baixa adesão dos profissionais também foi observada num estudo realizado por Pittet em 1999 no Hospital Universitário de Genebra, com uma média de 48% de aplicação da lavagem das mãos durante um dia de trabalho. A principal causa da não realização da técnica foi a falta de atenção à necessidade, e a evidência mais contundente, foi a baixa de adesão as actividades de maior risco na transmissão de infecções, como a troca de pensos, alimentação e o contacto com os utentes imunodeprimidos, como idosos, transplantados e portadores de VIH. (PITTET 1999)

LARSON (2004) num estudo realizado sobre a atitude comportamental nos serviços de

saúde concluiu que o principal problema na transmissão de doenças infecciosas não é a falta de bons produtos, mas, a negligência dos profissionais na prática da higienização das mãos. A autora no estudo sugere a aplicação de uma fórmula: impacto da higienização das mãos=eficácia x adesão. Se um produto é 100% eficaz, mas somente 20% das pessoas aderem, o impacto será de 20%, isso mostra que a responsabilidade é principalmente do profissional.

Alguns dos fatores apontados como ausência de lavatórios próximos ao cliente e recursos adequados, reacções cutâneas nas mãos, falta de motivação, tempo, recursos humanos, preparação e consciência sobre a importância das mãos na transmissão de microorganismos, são motivos apontados para a não higienização das mãos. (PRIMO et al. 2010).

É comum incluir justificativas para a não realização da HM com falta de material, influência negativa para a pele e falta de tempo (MARTINI e DALL' AGONOL, 2005).

Num estudo sobre higienização das mãos, 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado, concluíram que os resultados evidenciam a interferência do comportamento, do hábito, do ambiente e do contexto assistencial na baixa adesão a essa prática, bem como a necessidade de compreender e transformar a realidade, minimizando as divergências evidenciadas. (Cruz, Pimenta, Palos, Silva e Gir (2009).

Numa revisão sistemática de literatura referente ao tema, concluíram que programas baseadas na multidisciplinaridade podem ser estratégias a adoptar no sentido de reduzir as taxas de infecção associados aos cuidados de saúde, (Aboelela, Stone e Larson 2007).

Silva e Rau (2012) estudaram a importância da HM na redução de infecções em serviços de saúde. Identificaram que apesar desta constatação da eficiência da higienização das mãos na prevenção da transmissão de infecções, os profissionais de saúde desprezam o valor de uma acção simples e não compreendem os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas.

A transmissão de infeções por contacto é a mais comum e conduz à propagação das infeções. Assim a lavagem das mãos é a maneira mais simples e eficaz, devendo ser aplicado a todos os doentes internados e independentes de quaisquer outras” (FRAGATA, 2011).

2.2.4 Taxa de prevalência das IACS

Por ano ocorrerão na Europa cerca de 2 a 3 milhões de infecções nosocomiais predominantemente causadas por agentes gram-negativos. As infecções nosocomiais, só na Europa, respondem por cerca de 25000 mortes em cada ano. (WHO 2008).

A prevalência destas infecções nos doentes internados no hospital é de 5 a 10%, mas é muito maior nos cuidados intensivos (cerca de 15 a 20%), sendo a localização mais frequentes e, por ordem, o sistema urinário, o pulmão, o local cirúrgico, a pele e o sangue (sepsies), (FRAGATA, 2011 pág.118).

Estima-se que, além da mortalidade acrescida, as infecções nosocomiais prologuem em média, os internamentos em cerca de 5 a 10 dias e onerem muito significativamente os custos, sendo que em França e no Reino Unido, em cerca de 80 milhões de euros por ano. A taxa de infecção é tanta maior quanto maior a invasibilidade dos cuidados e menor o desenvolvimento e *standard* dos hospitais e dos países; (WHO, 2008, citado por Fragata: 2011).

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009 demonstraram que 1,4 milhões de pessoas no mundo sofrem por IACS e que os gastos com o tempo de internamento oscilam entre 6 a 29 biliões de dólares/ano; (WHO,2009).

Em 2008 dados da Organização Mundial de Saúde revelaram que a nível mundial, se realizaram 234 milhões de cirurgias, 75% das quais em países desenvolvidos. Nestes procedimentos morreram 2 milhões de doentes, e 7 milhões apresentaram complicações, das quais 50% foram consideradas evitáveis. (FERRAZ,2009).

Segundo o inquérito de prevalência de infecção (IPI) realizado em Maio 2003 e na qual participaram 67 hospitais e foram estudados 16373 doentes, a taxa de infecção nosocomial foi de 9,4% nos hospitais portugueses (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA]. 2005)

No IPI de 2009, coincidindo coma avaliação de base da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos, no âmbito da Campanha Nacional de Higiene das Mãos, participaram 114 hospitais e um total de (21459 doentes) estudados, a taxa de infecção foi de 11% (DGS,2010b).

No IPI de 2010,realizado na terceira semana de Março, e coincidindo com a avaliação de base da adesão dos profissionais de saúde na campanha de Higiene das Mãos, participaram 97 hospitais (21011 doentes), dos quais 14 eram privados, correspondendo a 1005 doentes,

observou-se uma taxa de prevalência de infecção nosocomial de 11,7%. Não se verificou, a nível nacional, a diminuição de 5% alcançada noutros países, onde a campanha das mãos tinha sido anteriormente implementada: (DGS, 2010b).

Em Portugal, um em cada dez doentes contrai uma infecção nas unidades de saúde (10,6%), quando taxa global de prevalência de infecções hospitalares é de 6,1%, em média, na União Europeia, indicam os dados resultantes do último inquérito efectuado sobre este problema.

A taxa de prevalência de infecção hospitalar em Portugal tem aumentando: passou de 8,4%, no inquérito realizado em 2003 (em que participaram menos unidades de saúde), para 9,8%, em 2009, e agora atingiu 10,6% do total. (DGS, 15.05.2013).

Um quarto dos doentes que morreram em 2011 tinham uma infecção hospitalar, revela a Direcção-Geral de Saúde. Ao todo, registaram-se 11357 mortes associadas à infecção hospitalar, 24,3% do total. (Mário Cruz/Lusa 1/11/2013)

No inquérito realizado em 2012 “Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de antimicrobianos nos Hospitais Portugueses” que decorreu de 23 de Maio a 8 de Junho de 2012, a população estudada foi de 18258 doentes (presentes no serviço às 8 da manhã do dia do estudo). Mais de metade dos doentes (51,4%) tinha mais de 65 anos e 8% menos de 15 anos. Foram recebidos dados de 103 hospitais participantes, sendo 13 destes hospitais privados e dois hospitais militares. A taxa global de prevalência de IH foi de 10,6%, (45,4% dos doentes estavam a tomar antibióticos). Quanto à localização das IH, as mais frequentes foram as das vias respiratórias (29,3%), seguido das vias urinárias (21,1%) e das ILC (infecções do local cirúrgico). As INCS (Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea) corresponderam a 8,1%. (DGS-MS Departamento da Qualidade na Saúde de Abril de 2013).

3 PROJETO DE INTERVENÇÃO

3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Realização do diagnóstico de situação visa elaborar um modelo descritivo sobre a situação e ou problema identificado na qual se pretende intervir (Ruivo, et al., 2010 p. 10).

Como anteriormente referimos, foi o médico húngaro Ignaz Philippe Semmelweis, que em 1847, foi o precursor na observação de um evento sentinela (morte por infecção puerperal), instituindo a lavagem das mãos da sua equipa com água clorada como medida de controlo, que posteriormente demonstrou drástica redução nas taxas de mortalidade puerperal, na época.

A partir de então, vários processos têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de prevenir a contaminação dos clientes pelo contacto manual dos profissionais, aliada à produção de soluções industrializadas que procuram melhor adesão à higienização das mãos durante a assistência a saúde.

Portugal, na sequência de decisão da Ministra da Saúde, aderiu em 8 de Outubro de 2008 ao desafio da World Alliance for Patient Safety, Clean Care is Safer Care, lançado publicamente a estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos nas unidades de saúde e declarando formalmente o compromisso da adoção de medidas para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde numa cerimónia que contou com a presença de representantes das várias Ordens Profissionais.

Desde então tem sido objetivo do Hospital, participar na campanha Nacional de Higiene das Mãos, promovendo e incutindo a importância deste procedimento em todos os colaboradores.

A realização in loco das observações permitiu-nos, perceber que, apesar da disponibilidade dos equipamentos/produtos e a existência de cartazes mostrando todas as etapas do processo de lavagem das mãos, a taxa de adesão em 2012, foi de 64,6%. Situamos a problemática deste estudo na compreensão das razões porque alguns profissionais de saúde não aderem à esta prática.

Neste sentido, consideramos importante responder à seguinte questão:

Quais as barreiras/obstáculos à higiene das mãos, percepcionadas pelos profissionais do bloco operativo?

Queremos com este projecto contribuir significativamente na detecção e intervenção do problema identificado.

Assim, nesta fase do nosso trabalho, torna-se necessário balizar o percurso que nos irá permitir a análise de uma realidade de modo a dar sentido de aplicabilidade ao enquadramento teórico desenvolvido.

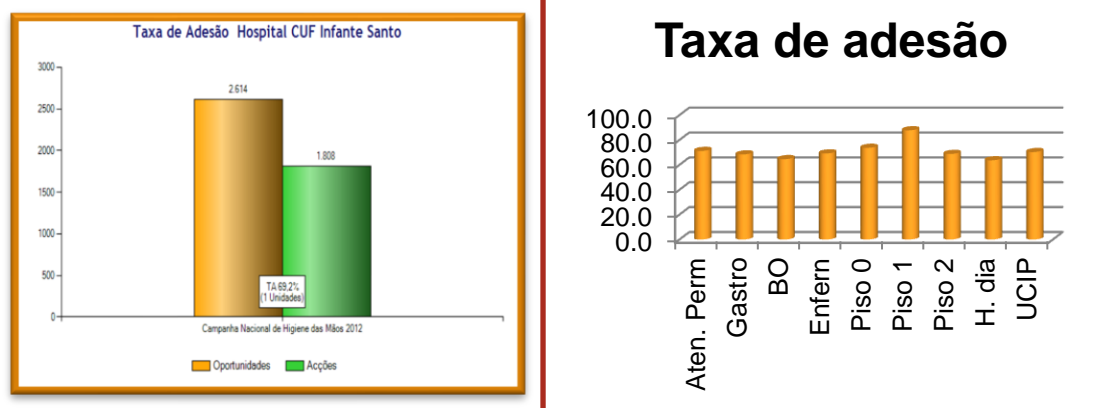


Gráfico 1- Taxa de adesão da higienização das mãos - (CCI- Hospital Privado, 2012)

Em 2012, foram realizadas 2614 oportunidades de higienização das mãos nos serviços de atendimento permanente, bloco operatório, enfermaria, gastroenterologia, quartos particulares, hospital de dia e unidade de cuidados intensivos polivalentes. A taxa de adesão por categoria profissional ficou assim distribuída:

Taxa de adesão do atendimento permanente 71,2%, do **bloco operatório 64,6%**, da enfermaria 69,2%, gastroenterologia 68,4%, quartos particulares piso 0- 73,7%, piso1 87,8%, piso2 68,8%, hospital de dia 63,7%, da UCIP 70,3%. A adesão por categorias profissional:

Assistentes Operacionais 56,7%, Enfermeiro 78,8%, Médico 57%, outros profissionais de saúde 71%.

A adesão por indicações:

Antes do contacto com o doente 50,8%, antes de um procedimento asséptico 96,5%, depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais 98,6%, depois do contacto com o doente 79,9%, depois do contacto com o ambiente envolvente do doente 63%. (Fonte: CCI do Hospital Privado, 2012)

Com os resultados obtidos a partir deste instrumento de recolha de dados, foi possível constatar que existem lacunas relativamente ao cumprimento das boas práticas no que toca à higienização das mãos.

Neste contexto consideramos pertinente definir como questão de partida identificar as causas para a baixa adesão, de modo a implementar estratégias de incentivo ao aumento da adesão para os 90% como está preconizado pela OMS para Portugal em 2013.

O cliente no período peri operatório está sujeito a inúmeras fontes de infecção, pois além da imunodepressão ocasionada pela anestesia e dos procedimentos invasivos, ainda há o manuseio, pela equipa durante os cuidados e realização de procedimentos. Nessa perspetiva, a infeção hospitalar representa um importante problema de saúde pública, tanto em Portugal como no mundo e constitui risco a saúde dos clientes dos hospitais que se submetem a procedimentos terapêuticos.

A sua prevenção e controle dependem em grande parte, da adesão dos profissionais às medidas preventivas.

As razões de taxas baixas de adesão são multifatoriais, sendo assim, são necessários estudos que procurem informações mais fidedignas possíveis quanto ao hábito de higienizar as mãos, pois apesar das campanhas para controle das IACS e das evidências da sua transmissão de patogénese a taxa de adesão é baixa.

Portanto, o presente estudo aplica dados bibliográficos com base científica e pesquisa de campo por meio de questionários para a colheita de dados estatísticos dispostos em gráficos e tabelas.

Consideramos, no entanto, este projeto embora revestido de alguma ambição, exequível, depende obviamente do empenho de toda a equipa em ultrapassar obstáculos inerentes às rotinas instituídas.

3.1.1 Caracterização do Bloco Operatório do Hospital Privado

O BO tem 9 salas de cirurgia. O seu horário de funcionamento é das 08h até às 24h em dias úteis, ficando as situações de cirurgia não programada fora do referido horário, a cargo de uma equipa de chamada. A distribuição diária pelas salas de operações é feita pelos enfermeiros responsáveis, no dia anterior, de acordo com o planeamento cirúrgico. Tem como especialidades, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, cirurgia Cardio/torácica, Ginecologia, Maxilofacial, Ortopedia, ORL, Urologia e oftalmologia, distribuídas pelas nove salas, segundo tempos operatórios pré-definidos às equipas cirúrgicas. Em relação à sua estrutura física é uma unidade que obedece aos padrões de qualidade em vigor, é certificado pela SGS e cumpre com os requisitos de NP EN ISO

9001: 2008. Em termos de recursos materiais, o BO encontra-se bem equipado, no que diz respeito a mesas cirúrgicas, carros de anestesia, torres de vídeo-imagem, microscópicos, entre outros.

3.1.2 Caracterização da equipa multidisciplinar

A equipa cirúrgica é formada por médicos, (anestesistas, cirurgiões) enfermeiros, técnicos e Assistentes Operacionais.

Prestam serviço, neste hospital cerca de 50 cirurgiões das diversas especialidades cirúrgicas. Alguns (poucos) trabalham em exclusividade e outros (maioria) continuam a assegurar funções no sector público, acumulando com este hospital.

A equipa de enfermagem do BO é constituída por cerca de 48 enfermeiros, dos quais uma enfermeira gestora do serviço e três enfermeiros responsáveis, um no turno da manhã e dois no turno da tarde, uma enfermeira responsável pela esterilização e os restantes elementos em horário rotativo envolvido na prestação directa de cuidados.

A Equipa de enfermagem realiza as três funções em sala de operações, circulante, anestesia, instrumentista e na unidade de cuidados pós anestésicos. Todos os enfermeiros têm competências para desempenharem os três papéis.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por 29 AO, sendo que 19 prestam cuidados no bloco operatório e 10 no serviço de esterilização. É elaborado diariamente pelo enfermeiro responsável e afixado no placard do corredor, um plano de distribuição de trabalho que abrange as 16 horas.

As suas áreas de competência estão bem definidas e são:

Colaboração nos cuidados aos doentes, limpeza e higienização das salas operatórias.

Cada AO deverá assim desenvolver as suas funções de acordo com o plano de distribuição de trabalho, não invalidando que exista um espírito de colaboração com os restantes colegas.

A limpeza das suítes operatórias é da competência das AO, não existindo qualquer brigada exterior que proceda a sua limpeza.

Os Técnicos de Diagnostico e terapêutica do Hospital desenvolvem a sua actividade em várias áreas, integradas em equipas multidisciplinares, prestam ainda apoio imagiológico em actos cirúrgicos através de intensificador de imagem.

No geral o ambiente de trabalho é bom, havendo espírito de ajuda entre os

elementos, julgando que o baixo índice de rotatividade contribuí para este facto.

3.1.3 Adesão do Hospital Privado à Campanha da HM

Desde a apresentação do desafio, que a Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Hospital privado manifestou interesse em aderir à campanha nacional da higiene das mãos, por todos os motivos anteriormente referidos. A informação obtida através das taxas de adesão dos profissionais à higiene das mãos fornece orientações úteis para possíveis intervenções por parte da CCI e regista também o impacto das acções. As acções para melhorar a formação e a colheita de dados sobre indicadores importantes, para analisar, para definir políticas de melhoria e a informação de retorno aos profissionais na prestação de cuidados são essenciais para a melhoria sustentada.

A campanha da higiene das mãos é dirigida a todos os grupos profissionais, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos e os outros técnicos de diagnóstico e terapêutica.

A implementação da estratégia multimodal proposta pela *World Alliance* consiste na avaliação inicial à prática da higiene das mãos, através da aplicação de uma grelha de observação (anexo 2) e também da avaliação inicial dos conhecimentos e avaliação dos conhecimentos e avaliação dos profissionais através da aplicação de questionários (anexo 3)

Após esta avaliação inicial iniciou-se um período de formação dos profissionais relativamente ao procedimento preconizado pela OMS. A OMS definiu como modelo conceptual para a higiene das mãos os “Cinco Momentos”, pelo os quais os profissionais se devem reger para proceder à higiene das mãos, cumprindo ainda os princípios relativos às técnicas adequadas e aos produtos a utilizar.

Figura 1 – Cartaz alusivo aos 5 momentos, disponibilizado pela DGS



Tal como foi proposto pela DGS, o hospital privado ao aderir à campanha nacional em 2008 realizou a implementação da campanha de acordo com as cinco fases propostas:



Para que a implementação de todas estas fases que inicialmente foram propostas, fosse bem-sucedida, a Comissão de Controlo de Infecção, que na altura já tinha enfermeiros de referência em cada serviço, que faziam a ligação entre a CCI e os serviços, denominados elos de ligação, contou com todos eles. Todo este trabalho foi conseguido com a colaboração dos elos de ligação. A escolha dos serviços que aderiram à campanha nacional de higiene das mãos prendeu-se com o facto de no internamento existir maior risco de aquisição de IACS. Posto isto, os serviços aderentes foram: atendimento permanente, piso 0, piso 1, piso 2, blocos operatórios, unidade cuidados intensivos, serviço de enfermarias e

unidade de gastroenterologia.

Ao aderirmos à campanha em 2008 a instituição teve de seguir e implementar a metodologia multimodal proposta pela OMS que englobava as fases anteriormente descritas. Foi nomeado o coordenador local, tendo sido eleito o enfermeiro responsável pela CCI (uma vez que fazia parte do núcleo executivo e com tempo total alocado para essas funções). Houve mudanças no sistema, nomeadamente disponibilização de solução antisséptica de base alcoólica nos locais de prestação, ou seja foi colocado um dispensador de solução antisséptica por doente, para os profissionais higienizarem as mãos. Nos quartos particulares foi colocado um dispensador por quarto e nos restantes serviços nomeadamente enfermarias, unidade cuidados intensivos, atendimento permanente, e recobros foi colocado um dispensador por cama. A colocação dos dispensadores junto dos locais da prestação de cuidados permite aos profissionais higienizarem as mãos de acordo com os cinco momentos que são preconizados pela OMS.

No decorrer da fase 1 procedeu-se à aplicação dos questionários aos profissionais, que visava avaliar a percepção e conhecimento dos mesmos sobre a importância da higiene das mãos na prevenção das IACS. Na segunda fase, a avaliação diagnóstica, pelo caracterizou-se pela determinação da taxa de adesão dos profissionais à higiene das mãos, para tal os elos de ligação da CCI de cada serviço, realizaram observações às práticas. São realizadas no mínimo duzentas observações por serviço com a grelha de observação validada pela OMS (anexo 2). De igual importância também, a participação inicial e sempre que é solicitado por parte da DGS; os inquéritos de prevalência de infeção. Esta taxa espelha a proporção de doentes infectados durante o período de tempo do estudo, que no nosso caso são três dias em que se estudam os doentes internados no hospital.

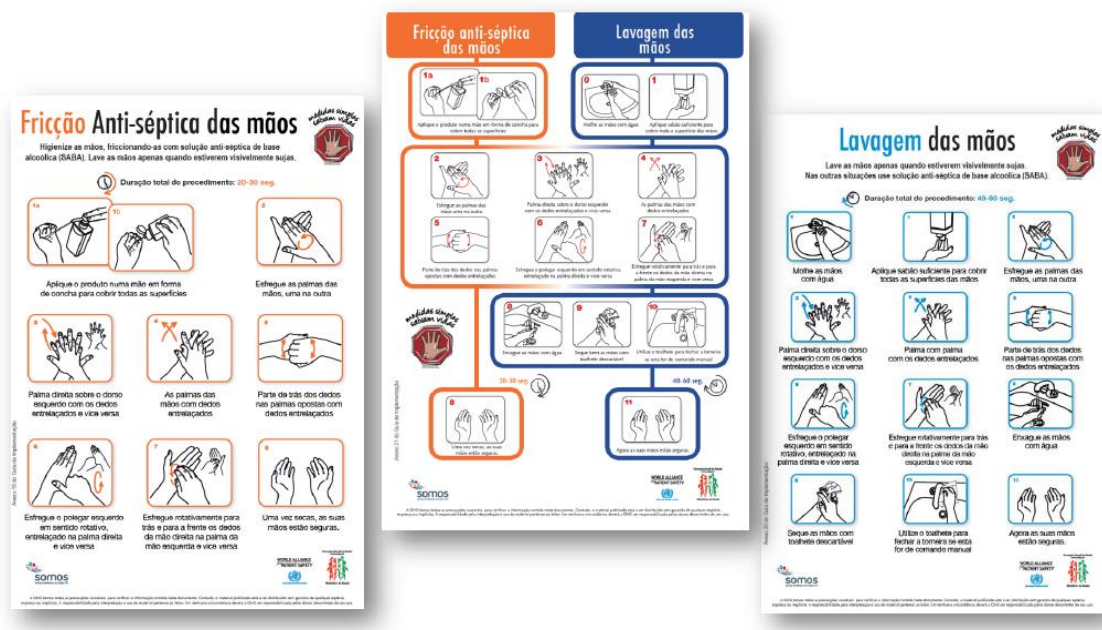
A terceira fase surge como a fase da própria implementação da campanha, em que foi realizado simbolicamente o lançamento da campanha, colocados screen-savers alusivos ao tema nos computadores de todo o hospital, foi realizada formação a todos os profissionais, distribuídos cartazes, folhetos e canetas (fig.2) e disponibilizada informação de retorno a todos os serviços relativamente aos questionários aplicados na fase 1.

Figura 2 – Cartazes distribuídos na fase 2



A avaliação de seguimento consiste na monitorização do processo de melhoria das práticas de higiene e afixação de cartazes técnicos nas salas de trabalho (fig.3).

Figura 3 – cartazes técnicos



Posteriormente à implementação destas fases surge a análise e divulgação dos dados. É fornecido a cada serviço os dados relativos à sua taxa de adesão, global, por categoria

profissional e por momento.

A metodologia da campanha nos anos que se seguiram segue os mesmos moldes. Exceptuando a aplicação dos questionários cujo objetivo foi avaliar a perceção e conhecimentos dos profissionais relativamente à importância da higiene das mãos nas IACS. Anualmente a CCI continua a contar com os elos de ligação para realizar a formação em serviço e para observar e registar as práticas à higiene das mãos. São sempre realizadas 200 observações no mínimo por serviço. Em 2012 alargamos os serviços aderentes e passamos a ter também o hospital de dia e contamos para 2013 aderir com mais um serviço, que será a consulta externa, nomeadamente as salas de penso. (CCI do Hospital Privado 2013)

3.1.4 Análise SWOT

Para complementar o diagnóstico de situação recorreremos à utilização do instrumento de análise SWOT, capaz de apoiar a tomada decisão, minimizando a incidência de erros, no decurso de acções mal planeadas (Bicho, et al., 2006 p. 1).

O termo SWOT é uma sigla oriunda do inglês, e é um acrónimo de *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças) (Bicho, et al., 2006 p. 12).

O recurso a este instrumento possibilita a identificação por parte de uma organização de forma integrada, dos principais aspectos que caracterizam a sua posição estratégica num determinado momento, tanto a nível interno, como externo (ambiente) (Bicho, et al., 2006 p. 12).

Para a análise SWOT é preciso primeiro fazer uma análise clara do ambiente, ou seja, pesquisar as forças e fraquezas e saber identificar as oportunidades e ameaças. Para cada cruzamento é importante saber criar objectivos/estratégias.

Assim a análise SWOT, ou seja a análise dos pontos fortes e fracos, das oportunidades e das ameaças, é um instrumento precioso para qualquer organização, pois permite-nos fazer o ponto da situação, com o grau de profundidade que pretende e construir uma grelha para as decisões e estratégias a tomar, no presente e no futuro.

Na figura que se segue apresentamos as variáveis do projecto por nós definidas de acordo com este método de análise.

Figura 4 – Análise SWOT

	Positivo	Negativo
Factores Internos (Organização)	<p>Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipa de enfermagem jovem; -Colaboração do CCI do Hospital; -Envolvimento das chefias. 	<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de motivação e de sensibilização da equipa multidisciplinar para a higienização das mãos; -Défice de conhecimentos das instruções sobre os 5 momentos; - Resistência à mudança por parte de alguns profissionais.
Factores Externos (Ambiente)	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos índice de infecção, mais qualidade nos cuidados prestados; -Reconhecimento por parte de outras instituições de saúde; - Reconhecimento da Instituição por parte dos utentes; -Aumento da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem Peri operatórios; -Diminuição de infecção do cliente, associado ao processo cirúrgico. 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital privado muitas equipas vêm de outros hospitais; - Profissionais dão pouca importância a higienização das mãos; - Medidas pouco eficazes para envolver em campanhas educativas.

Dentro dos factores positivos estão incluídas as forças, potencialidades e vantagens, que consistem em elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, enquanto as oportunidades são de proveniência exógena. Como factores negativos encontram-se as fraquezas, debilidades e desvantagens, de carácter interno, sendo as ameaças ou constrangimentos, factores exógenos passíveis de prejudicar o sistema (Ruivo, et al., 2010 p. 14)

3.2 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DO PROJECTO

Antes de abordar directamente o objectivo a que nos propusemos, pensamos ser importante, iniciar esta fase com uma descrição da metodologia usada neste trabalho em termos de formação que é a metodologia de projecto.

Esta metodologia implica que se construa um trabalho sobre um problema que surge das nossas actividades como profissionais, baseado num tema que deve ser do nosso interesse e em que se planeia uma serie de actividades de forma a solucionar esse problema. Para AVANZINI (1994, citado por BOTELHO, 1996, p.43), “projecto é a representação mental de uma acção que nos propomos realizar”. Para esse mesmo autor um homem não vive sem projectos.

Neste mesmo texto de BOTELHO (1996) estão definidas as finalidades do trabalho de projecto, tendo o autor usado uma citação de LEITE, MALPIQUE et al (1991, p.44):

Produzir conhecimentos; Sensibilizar para a metodologia de resolução de problemas; Estabelecer relação entre a teoria e a prática; Desenvolver capacidades de investigação; Desenvolver a criatividade; Compreender a realidade como um campo de saber interdisciplinar e transdisciplinar; Desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa/grupo. Tendo como objectivo estas finalidades escolhemos o tema da higienização das mãos, pelo facto de ser um problema que se nos depara constantemente no nosso serviço e porque pensamos que com um pouco de reflexão sobre este assunto e usando esta metodologia é possível promover-se a mudança de comportamentos e atitudes a este nível, pois segundo BOTELHO (1996), o problema deve se susceptível de ser investigado, mas também deve apontar caminhos para a sua solução.

Passaremos a descrever o desenvolvimento do nosso projeto, começando por definir os objetivos, expondo o seu planeamento e execução. Este engloba as actividades a desenvolver para a sua execução, estratégias e recursos a utilizar, bem como os indicadores de avaliação dos objectivos delineados, tendo por base as barreiras percebidas pela equipa multidisciplinar do serviço.

3.3 DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Os objectivos destinam-se a apontar os resultados que se pretendem atingir tendo por meta a resolução do problema (Ruivo, et al., 2010 p. 18).

A sua definição rigorosa e exacta permite evitar eventuais problemas no momento de avaliação (Ruivo, et al., 2010 p. 19)

Apesar de sabermos que a equipa multidisciplinar do bloco operatório, é bem formada tecnicamente, com suporte teórico sobre a importância da higienização das mãos, durante os procedimentos, tendo consciência da transmissão de microorganismos causadores de diversas infecções e sendo a técnica simples e rápida, acreditamos e partindo do resultado das auditorias internas, que esta prática não é realizada adequadamente. A taxa de adesão é baixa. Temos como principal objectivo que a adesão à prática da higienização das mãos para a diminuição das IACS, seja no BO de pelo menos 90% em 2014, como é preconizado pela OMS.

Sendo assim, há necessidade de procurar as principais barreiras institucionais e físicas para a higienização das mãos, no sentido de obter dados que proporcionem as condições para estimular estes profissionais à adesão a este procedimento. Este estudo é realizado através da aplicação de um instrumento de recolha de dados, de forma a possibilitar a abordagem a um maior número de participantes e poder ser preenchido de modo rápido e confidencial.

Assim definimos como objectivo geral:

Aumentar a taxa de adesão à higienização das mãos nos profissionais de saúde do bloco operatório.

Delineamos como objectivos específicos, para atingirmos o objectivo principal:

- Identificar as barreiras à higienização das mãos, percecionadas pela equipa multidisciplinar do bloco operatório;
- Implementar as melhores estratégias para alcançar uma maior adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde;
- Elaborar/implementar um projeto de intervenção, na área do controlo da infecção de acordo com as barreiras percecionadas pelos profissionais de saúde.

3.4 ATIVIDADES, ESTRATÉGIAS E PLANEAMENTO

Nesta etapa do nosso trabalho torna-se necessário delinear o caminho que nos irá permitir a análise de uma realidade de modo a dar um sentido de aplicabilidade ao enquadramento teórico desenvolvido.

Este trabalho foi realizado por etapas que se iniciaram com a identificação do problema, depois pela fase de pesquisa e produção e por fim a finalização com a sua apresentação a um grupo como é preconizado por BOTELHO, sendo este o nosso grupo de trabalho.

Este tipo de trabalho permite-nos, como refere ROCHA (1998,p.41) uma verdadeira aprendizagem-acção, oscilando entre a investigação e a intervenção, permitindo aumentar os conhecimentos em relação ao problema. Entende-se por actividade o elemento de trabalho realizado no decurso de um projecto, tendo o seu desenvolvimento, duração, custos e requisitos, esperados (Ruivo, et al., 2010 p. 20). As estratégias são as infra-estruturas necessárias ao suporte do projecto (Ruivo, et al., 2010 p. 21).

Não consideramos oportuno nem capaz de trazer uma melhor compreensão ao que está esquematizado em ficha de planeamento, decidimos mesmo assim fazer uma alusão geral às principais estratégias que tencionamos adoptar, incluindo uma sumária justificação das mesmas.

A realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema em estudo é essencial, na execução de qualquer projecto, foi a atividade que mais tempo nos ocupou. Contudo permitiu-nos cimentar conhecimentos sobre a temática da higienização das mãos essencialmente, através da consulta de várias circulares normativas, despachos, planos de acção existentes e estudos efectuados, através da leitura de textos e obras de literatura internacional e nacional sobre a temática abordada e permitiu-nos envolver a equipa de enfermagem e da CCI no nosso projecto.

Para além de toda a pesquisa bibliográfica foram também realizadas reuniões com o orientador de estágio e Enfermeira Gestora do serviço, assim como reuniões com a Professora Orientadora, porque acreditamos que quanto mais soubermos dum determinado assunto melhor expomos e demonstramos o valor da sua importância.

Foi também uma etapa muito importante para nós, pois permitiu-nos esclarecer dúvidas, aprendemos novas realidades sobretudo na área do controlo de infecção no cliente cirúrgico.

Para a concretização do objectivo principal, foi essencial conhecer as barreiras físicas, institucionais ou pessoais de modo a implementar as infra-estruturas necessárias para permitir a prática correta da higiene das mãos pelos profissionais de saúde.

O instrumento de recolha de dados que se desenvolveu e se apresenta é um questionário, com forma estruturada de obtenção de dados. Segundo FORTIN (2009), “os instrumentos de medida podem ser entrevistas, questionários, grelhas de observação, escalas de medida, etc.”

Fortin (2003, p. 249) refere que “O questionário é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”.

Como em todas as investigações com recurso ao questionário, houve necessidade de haver um documento escrito para guiar a equipa multidisciplinar nas respostas as perguntas, tendo presente os objectivos do estudo e a nossa questão de investigação.

Assim o nosso questionário é composto por duas páginas:

Folha de apresentação, apresentação do estudo, pedido de colaboração no preenchimento do respectivo questionário e garantia total confidencialidade dos dados colhidos e (37) itens e pretende avaliar a percepção dos profissionais de saúde acerca da existência e impacto das barreiras à adesão à higiene das mãos.

Inicialmente, tínhamos intenção de elaborar um questionário, mas por dificuldades várias e após vária pesquisa bibliografia, consultamos um trabalho “barreiras à adesão à higiene das mãos” (BAHM), uma escala elaborada e validada pela senhora enfermeira Zélia Pisoeiro, no âmbito do seu mestrado em infecção hospitalar no ICS, UCP. E, por considerarmos também que “a escala de BAHM, poderá ser eficaz na identificação dos tipos de barreiras percebidas pelos profissionais, e que poderá ter importância sobretudo quando o objetivo for a aplicação em determinado/serviço/área de prestação de cuidados ou grupo a que pertencem os profissionais de saúde de modo a reunir dados que permitam implementar as melhores estratégias para alcançar uma maior adesão por parte dos profissionais de saúde”. (PISOEIRO, pág. 53), Pedimos permissão para usá-lo o que foi prontamente concedido pela autora.

Para a definição da nossa população estabelecemos como critérios de inclusão, ser Médico, Enfermeiro, TDT (técnico de Diagnostico e Terapêutica) e AO (Assistente Operacional) a

exercer atividade no bloco operatório do Hospital privado.

A apresentação e discussão dos resultados serão a ultima etapa do nosso projecto, onde esperamos atender aos objectivos da nossa pesquisa e confirmar ou rejeitar os pressupostos da pesquisa.

3.5 ASPETOS ÉTICOS

De forma a respeitar todos os princípios éticos que uma investigação obriga à aplicação do questionário foi precedida de um pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital para a sua aplicação, salvaguardado o anonimato e confidencialidade dos dados.

Uma das nossas principais preocupações foi sempre garantir o anonimato e confidencialidade dos profissionais no preenchimento da grelha de colheita de dados de modo que não ficassem inibidos na sua decisão e não modificassem significativamente as suas práticas, assim a aplicação do questionário foi realizado em dois momentos distintos. No primeiro foi entregue em envelope fechado e entregue aos profissionais e depois de preenchidos colocavam os envelopes numa pasta, para o efeito que se encontrava no gabinete da Enfermeira Gestora.

Os profissionais foram esclarecidos sobre os objectivos e as características do estudo e a sua participação foi voluntária. Assumimos o compromisso de divulgar os resultados da investigação no final do estudo,

3.6 MEIOS

Correspondem a recursos que possamos ter acesso para a realização do projeto, sendo os responsáveis efetivos pela conclusão das atividades nele concluídos (Ruivo, et al., 2010 p. 21). Como meios consideramos os recursos humanos, materiais e tempo disponíveis.

Para a concretização do presente projeto, consideramos obviamente os recursos humanos os mais importantes, pois sem um verdadeiro trabalho em equipa é de todo impossível a concretização do objetivo em foco.

Destacam-se a enfermeira orientadora e o enfermeiro tutor do estágio, equipa multidisciplinar do bloco operatório, todos eles intervieram e contribuíram para a realização e desenvolvimento das atividades e transmissão de conhecimentos, além da

disponibilidade demonstrada e espírito de entreaajuda.

Torna-se importante referir que sentimos da parte da CCI uma grande disponibilidade em partilhar os seus conhecimentos e mostrar o tipo de trabalho desenvolvido nesse departamento.

No que toca a recursos matérias utilizados importa destacar a internet, livros, textos, biblioteca do IPS, biblioteca do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Biblioteca Escola Nacional de Saúde Publica.

4 METODOLOGIA

A metodologia constitui um importante instrumento de trabalho, do qual depende grande parte o êxito da investigação. Neste capítulo e de acordo com FORTIN (2009) serão determinados os métodos utilizar para obter as respostas à questão. A mesma autora acrescenta que é nesta fase que é necessário escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses. É também nesta parte do trabalho que é definida a população e a amostra, bem como os instrumentos a utilizar para a colheita de dados, assegurando a sua adequação, validade e fiabilidade. Por fim são apresentados as técnicas de tratamento e análise dos dados a discussão e os resultados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Com o intuito de alcançar os objectivos já definidos anteriormente, optou-se pela pesquisa de natureza quantitativa, correlacional, transversal e por uma amostragem não probabilística por conveniência.

Quantitativa, tal, como refere Fortin (2009), utiliza dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações, medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito de um problema de pesquisa, de acordo com a mesma autora, este estudo é correlacional, uma vez que visa explorar relações entre variáveis, com vista a sua descrição. Segundo a mesma autora é de natureza transversal, quanto ao tempo em que decorre a investigação, já que os questionários foram aplicados num período pré definido, relativo o momento presente e por último quanto a técnica de amostragem é não

probabilística por conveniência, pois tal como refere Fortin (2009) é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos e (...) permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo. Fortin (2009) completa ainda (...) um procedimento segundo o qual cada elemento da população tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.

4.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Todo o trabalho de pesquisa deve ser iniciado com a colocação de algum tipo de problema ou questão e, apesar de todo o trabalho que tem sido feito no Hospital, maioritariamente após a adesão de Portugal à campanha da Higienização das Mãos, em 2008, a taxa de adesão em 2012 é de 64,6%. Situamos a problemática deste estudo na identificação das barreiras à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde do bloco operatório da Instituição.

Temos por finalidade adoptar medidas correctivas e adequadas às necessidades dos profissionais e desta forma implementar as melhores estratégias para alcançar uma maior adesão à lavagem das mãos por parte dos profissionais de saúde.

4.3 INSTRUMENTO DA COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados seleccionada para a aplicação da amostra de modo a obter a informação desejada acerca das variáveis em estudo foi, como anteriormente referido um questionário.

Um questionário segundo FORTIN (2009) é um instrumento de medida que traduz os objetivos de estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

O questionário é dividido em duas partes: a primeira parte foi destinada a caracterização sócio demográfica da amostra (idade, Género, Categoria Profissional, tempo de serviço), a segunda parte foi dedicada à avaliação do tipo de importância das barreiras à adesão à higiene das mãos percebidas pelos profissionais de saúde (Médicos Enfermeiros; Técnicos de Diagnostico e Terapêutica e Assistentes Operacionais), sendo constituído por

37 itens de respostas alternativas do tipo Likert (Discordo completamente, Discordo; Discordo moderadamente; Concordo moderadamente, concordo e concordo completamente). Foi uma escala elaborada e validada num trabalho de Mestrado desenvolvido por Zélia Pisoeiro (2012) - BAHM- (Barreiras a Adesão à Higiene das Mãos). (Apêndice 3)

4.4 POPULAÇÃO / AMOSTRA

Em termos estatísticos, define-se população ou universo de dados como sendo o conjunto dos elementos que tem alguma característica em comum que possa ser contada, medida, pesada ou ordenada de algum modo e que sirva de base para as propriedades a serem investigadas. Segundo Fortin (2009), a amostragem consiste em seleccionar parte de uma população para observar, de modo a que seja possível estimar alguma coisa sobre toda a população. A amostra por sua vez é um subconjunto representativo ou não da população em estudo. Segundo Hill (2000), ao conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de população ou universo. Essa representatividade da amostra, que é uma propriedade altamente desejada em estatística, ocorre quando ela apresenta as mesmas características gerais da qual foi extraída.

No presente estudo a população eram todos profissionais, (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnostico e Terapêutica e Assistentes Operacionais) a exercer a actividade na prestação directa de cuidados no bloco operatório do hospital privado. A população é constituída por 130 profissionais dos quais aproximadamente 50 Médicos, (decidimos incluir só, os que vêm pelo menos uma vez por semana ao bloco operatório), 48 Enfermeiros, 28 Assistentes Operacionais e 8 Técnicos de radiologia. Do total de 100 questionários entregues obteve-se, entre 1 e 30 de Novembro, 80 questionários respondidos, o que corresponde a uma taxa de adesão de 80%. Os dados recolhidos foram submetidos ao tratamento estatístico, que foi fundamental na organização e análise da informação, bem como na apresentação, interpretação e discussão dos resultados. As fontes foram omitidas, uma vez que toda a informação diz respeito aos dados colhidos através do instrumento de colheita e dados. A análise estatística foi efectuada com SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para Windows.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 80 profissionais do BO. Um pouco mais de metade são do género feminino (64,0%, $n = 51$) enquanto o género masculino se encontra representado pelos restantes 36,0% ($n = 29$), conforme se pode comprovar pela observação do gráfico nº 1.

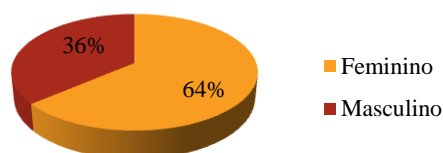


Gráfico 2 - Género

A média de idades é de 41,4 anos ($dp=13,2$ anos). O profissional mais novo tem 21 anos e o mais velho 73 anos. Os escalões etários mais representados são os escalões 31-40 e > 50 anos, ambos com a mesma proporção. (28,7%).

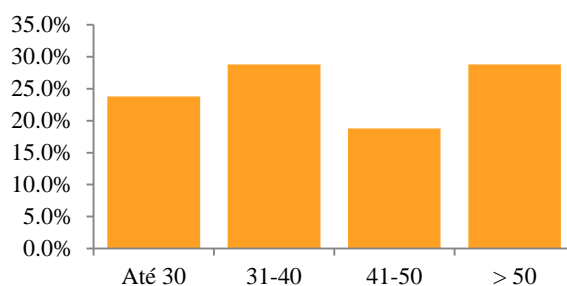


Gráfico 3 – Escalões etários

No gráfico nº 3 podemos apreciar a distribuição dos sujeitos por tempo de serviço. A maioria tem mais de 25 anos de tempo de serviço (26,3%).

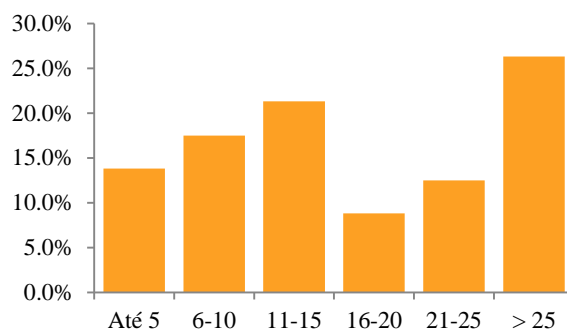


Gráfico 4 – Tempo de serviço

Relativamente à categoria profissional, metade da amostra são enfermeiros (50,0%), seguem-se depois os médicos (26,3%), os assistentes operacionais (13,8%) e os técnicos de diagnóstico terapêutico (10,0%).

	Frequência	Percentagem
Enfermeiro	40	50,0
Médico	21	26,3
Técnico diagnóstico terapêutico	8	10,0
Assistente Operacional	11	13,8
Total	80	100,0

Tabela 1 – Categoria profissional

6 IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Na tabela nº 3 apresentamos a estatística descritiva dos valores obtidos em cada dimensão e no total da escala BAHM. Nela indicamos os respetivos valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão. Os sujeitos **percecionam mais obstáculos à higienização das mãos na dimensão avaliação e feedback** (média=4,06) e **menores obstáculos na dimensão formação e treino** (m=1,76).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Avaliação e feedback	80	1,00	6,00	4,06	1,04
Clima organizacional	80	1,00	5,80	2,38	1,26
Formação e treino	80	1,00	3,00	1,76	,51
Liderança e alertas formais	80	1,00	4,86	3,29	,85
Materiais e equipamentos	80	1,00	4,80	2,56	,90
Total BAHM	80	1,22	4,05	2,83	,59

Tabela 2 – Estatísticas descritivas (fatores)

Os itens do fator Avaliação e feedback com os quais os sujeitos mais concordaram e, que, portanto, se constituem como os principais obstáculos à higienização das mãos foram, **“Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos”** (média=4,65), **“Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição”** (4,55), **“Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar”** (4,63) e **“Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos”** (4,44).

A autora da escala de BAHM (pisoeiro 2012) atribuiu ao factor 1 (itens 13, 14, 15, 16, 17, 18, 29 e 30) a designação de Avaliação e Feedback, referindo-se à transmissão em tempo útil, da informação aos profissionais através de formação informal/formal, utilizando diversas estratégias como reuniões de serviço, de passagem de turno, cartazes afixados em locais de passagem, via correio electrónico, sistema interno de televisão ou jornal institucional.

Ao factor 2 (itens 32, 33, 34, 35, e 36) a designação de Clima Organizacional reflectindo-se principalmente ao nível de sobrecarga de trabalho e, por conseguinte, na desmotivação e na resistência à mudança dos profissionais.

Ao factor 3 (itens 7, 8, 10, 11, 19 e 37) Formação e Treino estes itens estão relacionados com a existência de formação sobre a técnica adequada (porquê, quando e como se deve higienizar as mãos) e com o conhecimento por parte dos profissionais de saúde da existência no serviço/instituição de recomendações sobre a higiene das mãos.

Ao factor 4 (itens 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28) Liderança e Alertas Formais estão

relacionados, com a existência de cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição, com a distribuição de matéria de divulgação da campanha de higiene das mãos e recomendações distribuídos ou disponibilizados. E também com a percepção por parte dos profissionais da participação do órgão de gestão e das chefias intermédias a existências de incentivos e sanções para os profissionais.

E ao factor 5 (itens 1, 2, 3, 4 e 5) Materiais e Equipamentos estão relacionados com a localização e disponibilização conveniente dos lavatórios com água e sabão, toalhetes de papel, SABA e creme hidratante.

		Média	Dp
Avaliação e feedback			
13	Não existem auditorias/observações periódicas.	2,94	1,54
Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal			
14	no dia-a-dia, a prática de higiene das mãos.	4,26	1,52
Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos			
15	quer em formação, quer em cartazes expostos.	4,44	1,47
Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços			
16	e da instituição.	4,55	1,40
Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do			
17	que se poderá melhorar.	4,53	1,42
Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das			
18	mãos.	4,65	1,26
Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de			
29	Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	3,80	1,70
Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de			
30	Controlo da infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	3,34	1,66
Clima organizacional			
32	Estou desmotivado no meu local de trabalho.	2,35	1,36
33	Estou muito ocupado com outros cuidados.	2,49	1,47
34	Tenho muitas outras coisas para fazer.	2,56	1,54
35	Não tenho tempo disponível.	2,26	1,35
36	Existem sempre outras prioridades.	2,24	1,41
Formação e treino			
7	Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	1,89	1,09
8	Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	2,84	1,62

10	Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	1,50	0,93
11	O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	1,18	0,38
	Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais)		
19	nos pontos de higiene das mãos.	2,10	1,11
37	Não quero higienizar as mãos.	1,09	0,28
	Liderança e alertas formais		
20	Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	2,25	1,28
	Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos		
22	(panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	3,15	1,49
	As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no		
24	serviço.	2,29	1,12
25	O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.	3,23	1,49
	As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das		
26	mãos.	3,40	1,42
27	Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	4,20	1,54
	Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das		
28	mãos.	4,54	1,33
	Materiais e equipamentos		
1	A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	2,44	1,52
	A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso		
2	de lavar as mãos).	2,18	1,21
3	Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	1,89	0,94
4	Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	3,99	1,82
	Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador		
5	automático.	2,34	1,45

Tabela 3 – Estatísticas descritivas das barreiras à higienização das mãos percebidas pelos profissionais de saúde do BO.

6.1.1 Barreiras à higienização das mãos e género

Em regra as mulheres percecionam mais barreira à higienização do que os homens embora, as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p>,05$).

	Feminino		Masculino		t
	M	Dp	M	Dp	
Avaliação e feedback	4,15	,87	3,91	1,29	0,893
Clima organizacional	2,42	1,29	2,31	1,23	-0,383 a)
Formação e treino	1,81	,50	1,69	,54	0,987
Liderança e alertas formais	3,37	,88	3,16	,82	1,062
Materiais e equipamentos	2,56	,87	2,57	,96	-0,055
Total BAHM	2,86	,56	2,77	,66	0,649

Tabela 4 – Higienização e género

a) Valor do teste de Mann-Whitney

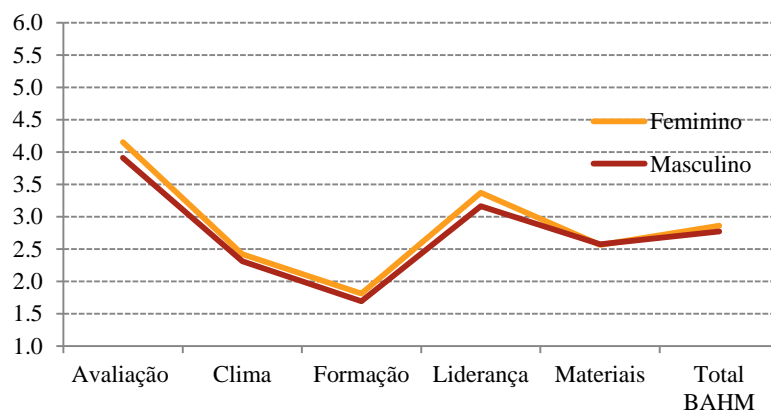


Gráfico 5 – Higienização e género

6.1.2 Barreiras à higienização das mãos e idade

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

	Até 30		31-40		41-50		> 50 Anos		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Avaliação	3,91	1,00	3,98	1,08	4,15	,78	4,22	1,21	,385
Clima	2,92	1,33	2,24	1,24	1,85	,94	2,42	1,31	,2,210*
Formação	1,88	,49	1,65	,46	1,68	,42	1,84	,62	,988
Liderança	3,39	,96	3,37	,84	3,15	,65	3,22	,94	,324
Materiais	3,24	,93	2,40	,90	2,16	,63	2,43	,76	5,952***
Total_BAHM	3,01	,66	2,76	,51	2,69	,34	2,84	,73	,941

Tabela 5 – Higienização e idade

* $p \leq ,10$ *** $p \leq ,01$

Clima organizacional, $F(3, 76) = 2,210$, $p = ,094$, o teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os inquiridos mais novos e os com 41-50 anos, sendo que **os mais novos são os que percecionam obstáculos mais elevados** (2,91 vs 1,85).

Idade	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
41-50	15	1,85	
31-40	23	2,24	2,24
> 50	23	2,41	2,41
Até 30	19		2,91
Sig.		,488	,332

Tabela 6 – Teste de Tukey

Clima organizacional, $F(3, 76) = 5,952$, $p = ,001$, o teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os inquiridos mais novos e os restantes, sendo que os mais novos são os que percecionam obstáculos mais elevados (3,24 vs 2,16 2,40 e 2,43).

Idade	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
41-50	15	2,16	
31-40	23	2,40	
> 50	23	2,43	
Até 30	19		3,24
Sig.		,729	1,000

Tabela 7 – Teste de Tukey

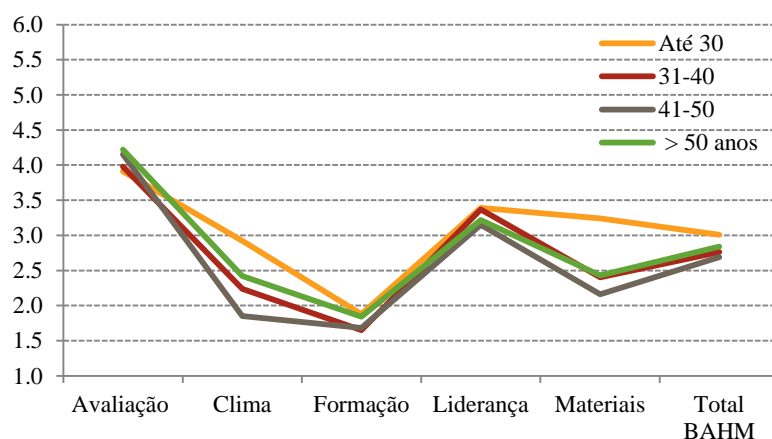


Gráfico 6 – Higienização e idade

6.1.3 Barreiras à higienização das mãos e tempo de serviço

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

	Até 5 anos		6-10		11-15		16-20		21-25		> 25 Anos		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Avaliação	3,89	1,16	4,12	,71	3,97	1,20	4,18	,70	4,15	,98	4,11	1,23	0,130
Clima	2,93	1,25	2,84	1,50	1,93	1,03	2,06	,94	2,26	1,03	2,31	1,38	1,380
Formação	2,08	,53	1,68	,32	1,68	,44	1,52	,40	1,90	,65	1,75	,58	1,493
Liderança	3,55	1,21	3,40	,62	3,19	,86	3,35	,84	3,39	,63	3,11	,93	0,483
Materiais	3,18	1,04	3,14	,88	2,44	,76	1,83	,56	2,24	,67	2,36	,82	4,472***
Total_BAHM	3,05	,82	3,00	,37	2,69	,51	2,63	,33	2,85	,54	2,77	,72	0,911

Tabela 8 – Higienização e tempo de serviço

* $p \leq ,10$ *** $p \leq ,01$

Materiais e equipamentos, $F(5, 74) = 4,472$, $p = ,001$, o teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os inquiridos com até 5 anos e 6-10 anos de tempo de serviço e os com 16-20 anos, sendo que os primeiros são os que percecionam obstáculos mais elevados (3,18 e 3,14 vs 1,82).

Tempo de serviço	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
16-20	7	1,82	
21-25	10	2,24	2,24
> 25	21	2,36	2,36
11-15	17	2,43	2,43
6-10	14		3,14
Até 5	11		3,18
Sig.		,471	,069

Tabela 9 – Teste de Tukey

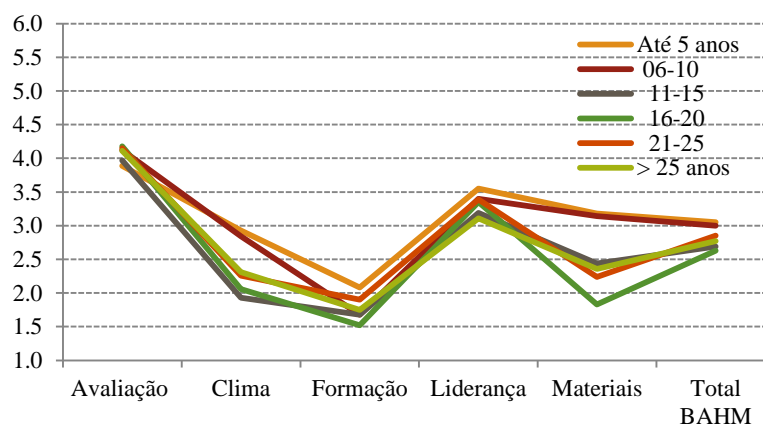


Gráfico 7 – Higienização e tempo de serviço

6.1.4 Barreiras à higienização das mãos e categoria profissional

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

	Enfermeiro		Médico		TDT		AO		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Avaliação	4,10	,90	4,01	1,40	3,75	,82	4,26	,93	2,499 a)
Clima	2,25	1,24	2,07	1,24	3,30	1,20	2,80	1,16	2,555*
Formação	1,76	,47	1,79	,65	1,79	,35	1,73	,54	0,040
Liderança	3,37	,84	2,97	1,05	3,21	,51	3,69	,55	1,939
Materiais	2,69	,87	2,41	,79	3,00	1,14	2,11	,89	2,091
Total_BAHM	2,84	,53	2,70	,81	2,97	,53	2,92	,38	0,557

Tabela 10 – Higienização e categoria profissional

* $p \leq ,10$ a) valor do teste de Kruskal-Wallis

Clima organizacional, $F(3, 76) = 2,555$, $p = ,062$, o teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os **Técnico diagnóstico terapêutico e os médicos, sendo que os primeiros são os que percecionam obstáculos mais elevados (3,30 vs 2,06)**.

Categoria	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Médico	21	2,06	
Enfermeiro	40	2,24	2,24
Assistente Operacional	11	2,80	2,80
TDT	8		3,30
Sig.		,398	,115

Tabela 11 – Teste de Tukey

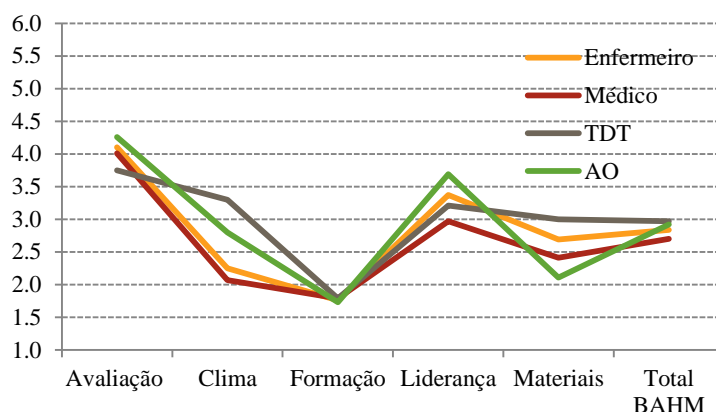


Gráfico 8 – Higienização e categoria profissional

6.1.5 As barreiras identificadas e o seu peso

Organizando as barreiras de acordo com a percepção dos inquiridos e partindo da mais percepcionada a menos percepcionada, observamos a seguinte disposição:

Avaliação e feedback ($M=4,06$), liderança e alertas formais ($M=3,29$), materiais e equipamentos ($M=2,56$), clima organizacional ($M=2,38$) e formação e treino ($M=1,76$) (tabela 3). **As mulheres percepcionam mais as barreiras que os homens. São os mais novos os que percepcionam mais barreiras e em média são os médicos e TDT, a categoria profissional que mais percepciona as barreiras e os Enfermeiros os que menos percepcionam.**

Pisoeiro, (2012) num estudo idêntico agrupou liderança e alertas formais ($M=2,74$), avaliação e feedback ($M=2,62$), materiais e equipamentos ($M=2,60$), clima organizacional ($M=2,02$) e formação e treino ($M=1,45$).

Descortinamos na comparação dos resultados entre os estudos uma inversão na hierarquização das barreiras entre o factor 1 e 4 (avaliação e feedback e liderança e alertas formais).

Os homens percepcionam mais as barreiras do que as mulheres. A medida que aumenta a idade e o tempo de serviço dos profissionais tendem a diminuir a percepção das barreiras.

Em média os médicos são a categoria profissional que mais percepcionam as barreiras e os enfermeiros os que menos percepcionam.

DGS (2010) defende para que os profissionais cumpram a higiene das mãos, os órgãos de gestão devem:

- (...) Promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática;
- Divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho (...)

A OMS (2009) defende novamente, monitorização das práticas de higienização das mãos e de infra-estruturas enquanto informa a equipa do seu desempenho;

Lembretes no local de trabalho, cartazes e lembretes a respeito da importância da higienização das mãos devem ser colocados nos locais onde os profissionais de saúde transitam.

7 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Entendendo-se como estratégia, o conjunto de técnicas específicas no sentido de alcançar os objectivos definidos e tendo em conta, os problemas identificados, vamos debruçar-nos sobre os resultados mais evidentes.

Os itens do factor Avaliação e feedback com os quais os sujeitos mais concordaram e, que, portanto, foram identificados como os principais obstáculos à higienização das mãos foram:

- Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos;
- Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição;
- Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar;
- Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.

Identificadas as barreiras delineamos as seguintes estratégias para aumentar a adesão à higiene das mãos:

- Envolver a Enfermeira gestora do serviço na implementação da mudança;
- Envolver a Enfermeira responsável da CCI;

- Propor medidas tendentes à implementação da mudança, envolvendo a equipa no seu planeamento, gestão e avaliação;
- Promover meios de disseminação de informação das taxas de infecção nosocomial da instituição e divulgação de resultados das auditorias;
- Promover momentos de discussão para avaliação e feedback referente à adesão da higienização das mãos;
- Desenvolver/propor intervenções formativas no sentido do desenvolvimento de competências inerentes ao aumento da taxa de higienização das mãos.

E, tendo como referência o manual de implementação da estratégia multimodal da OMS (2008) “cuidado limpo é cuidado seguro” (*clean care is safe care*) em que a estratégia é constituída por cinco eixos:

- 1 – Mudança do sistema;
- 2 – Treino /instrução;
- 3 – **Observação e retorno de informação a equipa;**
- 4 – Lembretes no local de trabalho;
- 5 – Clima de segurança institucional.

Salientamos a observação e retorno da informação à equipa, uma vez que se prende com as barreiras identificadas pelos profissionais.

As actividades planeadas são acções de formação interactivas, afixação de cartazes, folhetos e demais formas de orientações aos profissionais do bloco operatório.

Por indicação da Sr^a Enfermeira gestora do serviço, teremos a responsabilidade de dar ênfase à campanha “passo a passo” da higienização das mãos, dando ênfase a momentos cruciais no qual deve ser feita a acção, bem como a importância da adesão ao SABA, ser enfatizada a relevância da norma NR32, particularmente a não adesão de adornos (anéis, pulseiras, brincos entre outros) na dependência do bloco operatório, garantindo assim a segurança e a saúde dos doentes e daqueles que exercem a assistência. Depois serão feitas avaliações a partir da adopção destas estratégias.

No âmbito deste projeto realizou-se a “semana da higienização das mãos”, com a colocação de um cartaz alusivo ao tema: Higienizar as mãos não é opção. É uma obrigação na prevenção das IACS, na semana de 10 a 17 de Fevereiro de 2014.

Ficou agendada outra “semana da higienização das mãos” para o mês de Maio entre 05 e

11 de Maio de 2014 coincidindo com dia mundial da Higienização das Mãos.

Foi divulgada amplamente a taxa adesão, oferecendo um feedback aos profissionais, com a colocação de um cartaz no corredor do Bloco, contendo as tabelas das observações das oportunidades e acções desde 2011 e 2012.

Foram colocados dispensadores de SABA nos recobros do e corredor do bloco 1 e 2 e em todas as unidades do doente.

Aquando das obras para a melhoria das zonas de desinfecção das mãos do bloco 1 foi feita substituição dos dispensadores de sabão e solução alcoólica para a desinfecção das mãos a colocação de cartazes mostrando a técnica a duração do procedimento e um cronometro para medir o tempo do procedimento.

Foi feita a colocação de dispositivos novos de sabão e solução alcoólica em todas as zonas de desinfecção das mãos no bloco 2, assim como a colocação de cartazes e um cronómetro para medir o tempo da técnica.

Foram colocadas no final do mês de Dezembro de 2013 em todas as suítes operatórias do bloco 1 e 2 dispositivos da solução alcoólica assim como a colocação de um cartaz mostrando a técnica e os passos dos cinco momentos para a higienização das mãos.

Com a colaboração da Enfermeira responsável da CCI, a presença da Enfermeira Gestora do BO e as chefias intermédias, foi realizada uma acção de formação às AO sobre a higienização das suítes operatórias. Uma reunião bastante participada tendo-se verificado posteriormente melhorias substanciais nos tempos de higienização das salas entre cirurgias, antes do programa operatório ter início e no final do programa.

No mês de Dezembro colaboramos com a CCI do Hospital nas observações dos cinco momentos da higienização das mãos, a fim de avaliar a taxa de adesão em 2013, foi uma oportunidade para identificar o comportamento dos profissionais de saúde e principalmente avaliar as falhas remanescentes.

- (Nas observações realizadas no serviço deparei-me com dois factores que poderão ter influenciado os dados. A minha presença, anunciada e explicada poderá ter influenciado o comportamento de alguns profissionais de saúde, ao recorrerem mais vezes a utilização do SABA por vezes ao verem recuavam para higienizar as mãos).-

No mês de Março realizámos uma sessão de formação/informação onde apresentámos os resultados do nosso questionário. Uma reunião bastante participativa, na sua maioria os participantes eram enfermeiros. Consideramos acções educativas deste género possibilitem

a cada um de nós a aprendizagem e modifiquem práticas instituídas.

12 COMPETÊNCIAS AQUIRIDAS

Ao conhecermos quais as nossas competências de Mestre, cabe-nos reflectir no âmbito deste trabalho, quais as competências desenvolvidas no sentido de garantir o grau como vem descrito no Decreto-Lei 230/2009 de 14 de Setembro.

Desde logo, durante a frequência do curso nas componentes teórica/prática pela tomada de consciência que a população exige que os cuidados de enfermagem sejam mais adequados, dirigidos e especializados;

Pela pesquisa efectuada durante do curso de Mestrado e sobre a temática da higienização das mãos, deram-nos um contributo importante para o meu crescimento profissional e pessoal e como futuro enfermeiro Mestre;

Ao sentirmos preocupação para a problemática em estudo, Infecções Associadas aos cuidados de Saúde (IACS), fez com este projeto se incluíssem proactivamente todos os prestadores para a melhoria dos cuidados prestados no bloco operatório;

Durante o estágio realçamos a importância da higienização das mãos, como sendo uma acção simples e a medida mais efectiva na redução das IACS, adoptamos o modelo proposto pela OMS denominado “os cinco momentos” para a higienização das mãos e sensibilizar a equipa a executá-lo, segundo a normativa de 14/06/2010 da (DGS);

Por forma a sensibilizar os profissionais do BO sobre a importância da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde procedeu-se a uma acção de formação aonde pudemos, comunicar estudos com evidência científica, ética e profissional, assim estudos realizados pela OMS no âmbito da importância multimodal sobre a higienização das mãos.(apêndice 12)

No final desta etapa procedeu-se a divulgação dos dados do estudo numa jornadas de enfermagem que decorreu em 30 e 31 de Maio no auditório do IPS sobre a forma de um poster e assim contribuimos para a sua divulgação. (apêndice)

12 CONCLUSÃO

Ao terminar este relatório, não podemos deixar de dizer que foi algo que nos deu grande satisfação pessoal, não obstante todo o trabalho que nos deu na sua realização, consideramos ter atingido os objectivos inicialmente propostos na elaboração deste relatório. A sua realização possibilitou-nos uma profunda meditação sobre a nossa experiência académica, e de trabalho de projecto que pretendemos levar a cabo, considerando uma meta de enorme importância a nível pessoal e organizacional.

A metodologia preconizada para a realização deste trabalho, foi também uma novidade para nós. Podemos mesmo dizer que inicialmente nos causou grande apreensão, no entanto foi desaparecendo à medida que percebemos o que era esperado. Foram sem dúvida essenciais as reuniões com a enfermeira gestora do serviço e a enfermeira da CCI, para a sua execução, pois muitos dos objectivos iniciais tiveram que ser alterados de forma a dar sentido a todo o trabalho.

Esta é a fase final, no que diz respeito ao relatório, mas em relação ao trabalho a que nos propusemos, é apenas o início, uma vez que o que se pretende é a realização de um projeto que tenha seguimento em termos práticos.

Como anteriormente referimos, o estágio decorreu fora do meu horário de trabalho, foi difícil, conciliar um turno de oito horas e mais oito horas de estágio, mas só com muito trabalho e dedicação foi possível a sua realização. Temos presente que de outra forma não seria sido possível. E porque acreditamos que o sucesso vem através de muita dedicação. E dedicação só nasce nos corações de quem ama o que faz...

Este tipo de trabalho permite, como refere ROCHA (1998, p.41) uma verdadeira aprendizagem acção, oscilando entre a investigação e a intervenção, permitindo-nos aumentar os conhecimentos em relação ao problema. É um facto que fica aqui interligado todas as cadeiras deste mestrado, pois o trabalho abarca as ciências de enfermagem, a formação e gestão.

Podemos dizer efectivamente, que o estágio começou assim que iniciamos esta experiência de aprendizagem, potenciando a nossa capacidade reflexiva e crítica sobre o nosso desempenho e dos que nos rodeiam, no sentido de desenvolver as nossas competências como enfermeiros Peri operatórios e das equipas de enfermagem onde nos inserimos procurando a optimização dos cuidados prestados ao utente cirúrgico.

Ao frequentarmos este curso de mestrado e ao elaborarmos este trabalho, ficamos mais despertos para a necessidade de “aprender e desenvolver competências na área da infecção hospitalar associado aos cuidados de saúde pela higienização das mãos”.

Esta metodologia de trabalho, ao permitir uma reflexão sobre as nossas práticas, melhora a nossa prestação como enfermeiros.

Devemos entender que a prevenção e o controlo da infecção hospitalar como uma responsabilidade individual e colectiva, pois sem a compreensão e a implementação correcta do procedimento executada por todos aqueles que prestam cuidados ao cliente, esta temática continua a ser um obstáculo na qualidade da prestação dos serviços de saúde.

O enfermeiro é um elemento fundamental no cuidar premissa que a transformação pessoal acontece nas dimensões do saber (conhecimento), do saber fazer (capacidades) e do saber ser (atitudes) (Figueiredo, 2004 p. 80), encaramos a frequência do mestrado como um processo de valorização pessoal e profissional e assim evidenciar necessidade de actualização, como forma de discussão sobre o assunto, por exemplo, abordando a realização da técnica correcta a higienização das mãos para que esta estratégia seja sempre aperfeiçoada, modificada, para que se atinja o objectivo proposto.

O caminho na realização deste trabalho, bem como as conclusões, levam a necessidade de acreditar que a formação permanente, visando o controlo da infecção nos estabelecimentos de saúde, deve ser assumida pelo CCI, na busca de meios que promovam mudanças mais eficazes e duradouras nos seus comportamentos. As empresas como as pessoas sofrem das mesmas dificuldades para mudar o seu comportamento. E não é porque eles não sabem como fazê-lo. Existem imensos livros e uma vasta bibliografia sobre a temática, explicando o que fazer e como fazer e as metodologias para implementarem as mudanças. Às vezes os métodos abordam o desenvolvimento da organização. Outras vezes a mudança cultural, mas o que realmente visam é a criação de mudanças no comportamento.

O verdadeiro segredo para criar e manter uma verdadeira mudança no comportamento está em conseguir manter-se motivado e permanecer motivado, mas também, há outro ponto de vista, a adesão é um acto voluntário e individual que depende da decisão de cada profissional e a informação obtida através das taxas de adesão dos profissionais à higiene das mãos deve fornecer orientações úteis, para analisar, para definir políticas de melhoria e dar informação de retorno aos profissionais na prestação de cuidados para uma melhoria sustentada nos cuidados que prestamos.

Não podemos, apesar de tudo, deixar de referir que apesar da satisfação final, foi desgastante o conciliar a nossa vida profissional, pessoal e de estudante, o que nos deu alguns períodos de grande cansaço e *stress*.

Para terminar, queremos dizer que é um trabalho para a qual participaram muitos enfermeiros deste serviço que, com as suas ideias, pesquisas de artigos para que nos pudéssemos consultar e essencialmente com o seu empenho e boa vontade. Fizeram-nos acreditar que as vezes é possível passar do sonho a realidade.

A todos um muito obrigado, pois só assim este trabalho se tornou possível.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOELA, S.W.; STONE, P.W. & LARSON. E.L. (2007) – Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: a systematic review of the literature *Journal of Hospital infection*, 66: 101:108

ACADEMIA DE CIÊNCIAS de LISBOA – Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, Lisboa; Editora Verbo, 2001

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses Enfermagem perioperatoria. Lisboa: AESOP, 1994. 16pp.

AORN -American Association of Operating Room Nurses- Standars and recommend pratices for operative Nursing. AORN: Denver, 1989

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - AESOP. 2006. Enfermagem Peri operatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados. 1ª. Loures : Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X.

BARBIER, Jean-Marie. 1996. Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto : Porto Editora, 1996. p. 238. ESNB: 972-0-34106-8.

BARKER, Mike - Deverá haver a presença de um enfermeiro na sala de operações. *Revista Nursing*. Nº115 (1997), p. 9-13

BICHO, Leadro e BAPTISTA, Susana. 2006. Modelo de Porter e Análise SWOT. Departamento de Engenharia Civil, Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra : s.n., 2006. p. 18.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasilia, 2007. disponivel em:http://www.anvisa.gov.br/hotside/higienizacao_maos/hindex.htm acesso em Novembro de 2013

BRASIL.Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das Mãos em serviços de saúde/Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Brasilia:Anvisa, 2007 ISBN978-85-88233-263.Disponívelem<http://www.slideshare.net/marciomarkques/higienizacao-das-maos> acesso em Novembro de 2013

CABETE, Dulce - A Formação por projecto ou projecto de formação. *Pensar em Enfermagem Vol. 2* (1998), p. 34

CAMPANHA DE HIGIENE DAS MÃOS DO PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE DA DGS
<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0&codigono=0038AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

CÉLINE, L.F.A Vida e a Obra de Semmelweis tradução: D Aguiar, Rosa Freire. São Paulo: Companhia das Letras, 1998

CHRISTOFORO, Berendine e CARVALHO, Denise. 2009. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirurgico no periodo pré-operatório. Revista Escolar de Enfermagem USP. 2009, Vol. 43 (1), pp. 14-22.

CRUZ, E. D. DE A., PIMENTA F.C., PALOS, M. A P., SILVA, S. R. M. DA & GIR, E. (2009) - Lavado de Manos: 20 años de divergencias entre la práctica y lo idealizado. Ciencia y Enfermaria, 15 (1): 33-38. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100005&script=sci_arttext

DEFINITIONS OF NOSOCOMIAL INFECTIONS - SAUNDERS INFECTION CONTROL REFERENCE SERVICES, CDC Guidelines, cap.4, pag.17-21, 1998 e 1992 com as actualizações de 1996 e 2002

DESINFECÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS”, Práticas Recomendadas da AESOP

Desinfecção do Campo Operatório”, Práticas Recomendadas da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP)

Despacho da Direcção Geral de Saúde, publicado no Diário da Republica 2ª Serie nº 246 de 23/10/1996 www.dgs.pt/.../programa-nacional-de-controlo-da-infeccao-pdf.aspx acedido em 3 de Novembro de 2013 às 1330 horas

Despacho Ministerial, nº1417/2007, DR II Serie nº 127 de 4 de Julho de 2007-

<http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=0001AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> acedido a 2 de Novembro de 2013

DGS (2007ª) - programa Nacional de prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. DGS. Retirado a 27 de Outubro de 2013 de <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=1&codigono=002AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

DGS (2010ª) - Circular Normativa nº13/DQSD/DSD de 14/06/2010: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Retirado a 3 de Novembro de 2013 de <http://www.mcci.minsaude.pt/siteCollectionDocuments/i013069.pdf>

DGS (2010b) - Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2009. Retirado a 3 de Novembro de 2013 de <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

DGS (2011a) - Campanha nacional de Higiene das Mãos. Relatório 2008-2010. Retirado a 30 de Outubro de 2013 de <http://www.dgs.pt/ms/default.aspx?pi&id=access=0>

DGS (2011b) - Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010. Retirado a 29 de Novembro de 2013 de <http://www.dgs.pt/ms8default.aspx?pl=5521&acss=0>

DGS (2012) - Campanha Nacional de Higiene das Mãos: Relatório 2010-2011. Retirado a 1 de Novembro de 2013 de <http://www.dgs.pt/ms/3default.aspx?pl=&idd=5514&access=0>

Decreto – Lei nº 74/2006- Legislação I Série- DRE. Retirado a 24 de Abril de 2014 de <http://www.fct.pt/util/getdiplomas.asp%3Fiddip%3D20061323>

Diário da Republica, 1ª Serie- Despacho do Director-Geral de Saúde nº156, 14 de Agosto de 2007<http://diario.vlex.pt/vid/despacho-33499204> acessido em 2 de Novembro de 2013 as 14 horas

Direcção -Geral da Saúde - Circular Normativa Nº18/DSQC/DSC de 15/10/96-da Direcção de Serviços de Qualidade Clínica, Divisão da Segurança Clínica <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009189.pdf> acessido em 3 de Novembro as 1500 horas

Direcção- Geral da Saúde, circular normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 pag.5-6).Tirado da Internet dia 17/10/13 as 15.00 no endereço:

http://www.grseg.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=66:higienizacao-das-maos&catid=35:saude&Itemid=56

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e controlo de infecção associada aos cuidados de saúde. 2007. Disponível em www.dgs.pt (acesso em 2013 Setembro)

Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº13/DQSC de 14/06/2010 - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acessido em 2 de Novembro as 13.30

Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar - Santos ISBN-9788576140092

ESTEVES, A.M. (2012) A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais Dissertação de Mestrado Disponível em:

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/123456789/46471/1/MSc%20Ana%20Esteves%202010.pdf>

FERREIRA, A. C.O. S. (2010). O Cuidar de Si, Como Pessoa. Como o Fazem os Enfermeiros Peri operatórios. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/ Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26916/2/MSc%20Andreia%20Ferreira%202010.pdf>

FIGUEIREDO, Abílio. 2004. Ética e Formação em Enfermagem. 1ª. Lisboa : Climepsi Editores, 2004. ISBN: 972-796-140-1.

FORTIN, M (2009 5ª edição). Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures, Lusociência Setembro de 2009 ISBN 978-972-8383-10-7 388 pág.

FORTIN, M. (1999 1ª edição). Processo de Investigação-da concepção à realização. Loures, Lusociência

FRAGATA, José (2011) Segurança dos doentes-uma abordagem pratica, lidel edições técnica, Lda. ISBN 978-972-757-729-2 Novembro de 2011

Guidelines dos cinco eixos para a higienização das mãos slides proqualis disponível no endereço:

www.google.pt/search?q=cinco+eixos+para+a+higieniza%C3%A7%C3%A3o+das+m%C3%A3os&rlz=1C1TEUA_enPT515PT515&oq=cinco+eixos+para+a+higieniza%C3%A7%C3%A3o+das+m%C3%A3os&aqs

HESBEEN, Walter. 2000. Cuidar no Hospital. Loures : s.n., 2000. ISBN: 972-88383.

Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2005), Investigação por questionário, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa

Higienização das Salas de Operações”, Práticas Recomendadas da AESOP

HOSPITAL DE SANTA MARIA- Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, Norma nº3/2002 Disponível em: [www.hsm.min-saude.pt/conyents/pdfs/ccih/mãos.pdf](http://www.hsm.min-saude.pt/conyents/pdfs/ccih/m%C3%A3os.pdf)

http://www.ordemenfermeiros.pt/publica%C3%A7%C3%B5es/Documentos/REPE_vf.pdf

http://www.grseg.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=66:higienizacao-das-maos&catid=35:sauade&Itemid=56

(quadro da lavagem das mãos)

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/Brochuras_10anos2008.pdf

INSA - Instituto Nacional de Saúde DR. Ricardo Jorge - Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde -DGS

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&codigono=0020AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> (acedido em 3 de Novembro de 2013) s 16 horas)

INSA. (2005) - Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2003. Retirado a 2 de Novembro de 2013 de <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). Prevenção de infeções adquiridas no hospital. Portugal, Ministério da Saúde

LARSON E L. Special problems in antisepsis. In: Rutala WA. Disinfection, Sterilization and Antisepsis: principles, practices, challenges and new research. Washington: Association for Professionals Infection Control and Epidemiology, 2004; 104-1066

LOPES, Marlene Macário e SANTOS, Sandra Maria Pereira dos Revista de Enfermagem, Referencia III nº20, FLORENCE NIGHTINGALE- Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>

Marôco, João (2007). Análise estatística com utilização do SPSS, Edições Sílabo, 3ª edição, Lisboa

Martin, A. C; Dall'agnol, C.M. – Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 abr; 26(1):88- 101

<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4544/2474> ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447, acedido dia 3 de Novembro

Microbiologia Clínica para o Controlo de Infecção Relacionada à assistência à Saúde módulo 2: controlo externo da qualidade

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária Anvisa www.anvisa.gov.br.

MORGADO, Maria do Carmo Carnot – HIGIENIZAR AS MÃOS UMA PRIORIDADE NO SANE. Relatório de trabalho de projecto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica ao Instituto Politécnico de Setúbal Abril de 2013

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento nº122/2011.Regulamentadas competências Comuns ao Enfermeiro Especialista. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS. REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril) ordem dos Enfermeiros, 2008

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPS/OMS; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA – MINISTERIO DA SAÚDE – ANVISA/MS. Guia para implantação. Um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos. Brasília, DF, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPAS/OMS; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA-MINISTERIO DA SAÚDE – ANVISA/MS. Guia para implantação. Um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos. Brasília, DF, 2008

Pina, E., Ferreira, E. Marques, A. & Matos, B. (2010) – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Publica, Vol. Tema (10):27-39

PISOEIRO, Zélia Maria Pereira da Costa- BARREIRA À ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS. A percepção dos profissionais de saúde. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Infecção em cuidados de saúde. Lisboa, Outubro de 2012. Disponível no endereço: repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10513/1/tese.pdf

PITTET D, Mourouga P, Perneger T V Members of the Infection Control Program. Compliance With handwashing in a teaching hospital. Ann Intern Med 199 (130);126-130

Prevenção de infeções Adquiridas no hospital, UM GUIA PRÁTICO, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2ª edição (PNCI) retirado da internet no endereço http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf em 5 de Novembro de 2013

Primo, Mariusa Gomes Borges; Ribeiro, Luana Cassio Miranda; Figueiredo, Lany Franciely da Silva; Sirico, Suely Cunha Albernaz; Souza, Marta Antunes de – Adesão à pratica de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitario- Revista Eletrónica de Enfermagem [http:// www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a06.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a06.pdf)

Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde – Manual de Operacionalização. DGS- Ministério da Saúde, 2007 Disponível em www.ulsm.minsaude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf

Recomendação para prevenção da infeção do local cirúrgico, "HICPAC (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee) do Programa de Controlo de Infecção do CDC, Atlanta, Infection Control and HospitalEpidemiology - Abril 1999

Recommended Practices", Association of Operating Room Nurses (AORN), in Saunders Infection Control Reference Services, CDC Guidelines, Pag: 555-563,

ROCHA, Graça A prática da formação por projecto. revista Nursing nº125 (1998), p.39-41)

RUIVO, Maria Alice e FERRITO, Cândida. 2010. Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. [ed.] Instituto Politécnico de Setúbal. Percursos. Jan-Mar de 2010, Vol. nº 15, p. 37.

SANTOS, Adélia Aparecida Marçal dos- Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. acedido da internet no endereço www.anvisa.gov.br/servicossaude/contrle/higienizacao_mao.pdf

Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos/Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009

Silva, Daniela Guimarães da e Rau, Carina A importância da higienização na redução de infecções em serviços de saúde disponível na Internet no endereço www.cpgls.ucg.br/.../saude%20E%20BIOLOGICAS/A%20IMPORTA...

SOUSA, Dulce Competências e Saberes em enfermagem acedido no endereço <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documentos/Artigos%20Enfermeiros> em 18 de Novembro de 2013

The Operating Theater: A special Environmental Area", Roy, MarieClaude et al in Wenzel, Richard – Prevention of Nosocomial Infections, 3.ªedição, ISBN: 0-683-08916-1, 1997

TOMEY, Ann Marrines e ALLIGOD, Marine Raile. 2004. TEÓRICAS DE ENFERMAGEM E A SUA OBRA- Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Loures : Lusociência, 2004.ISBN: 972-8383-74-6

Vieira, M. (2008). Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência (2ª Edição).Lisboa: Universidade Católica Editorial Unipessoal

WHO (2009) - Guidelines on hand hygiene care. First Global Patient Safety Challenge. Clean care is Safer Care. Retirado a 2 de Novembro de 2013 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

WHO, World Alliance for Patient Safety-Summary of the evidence for patient safety-WHO, edition 2008

World Health Organization, World Alliance for Safer Health Care, WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, Geneva: WHO press; 2009

www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf acedido em 2 de Novembro de 2013 as 1500 horas

www.aesop-enfermeiros.org/organiza%C3%A7%C3%A3o-Associa%C3%A7%C3%A3o dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses consultado em Novembro de 2013

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Ficha de Diagnóstico de Situação

Definição do Problema

Estudante: João Manuel Simões Morgado
Instituição: Hospital Privado na zona de Lisboa
Serviço: Bloco Operatório
Título do Projecto: higienizar as mãos não é uma opção. É uma obrigação na diminuição das IACS
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha:</p> <p>A higienização das mãos é conhecida entre os profissionais de saúde como uma medida de prevenção da infecção hospitalar, contudo este conhecimento nem sempre se traduz em atitudes práticas da equipa multidisciplinar sobre a higiene das mãos.</p> <p>A inquietação que motivou este estudo surgiu da baixa adesão dos profissionais às recomendações para a higienização das mãos, estabelecida como uma medida fundamental na prevenção das infecções hospitalares, a partir dos resultados das observações, sobre os cinco momentos a taxa de adesão é de 64,6% em 2012.</p> <p>Sabe-se que algumas infecções hospitalares são evitáveis, e como tal passíveis de prevenção. A higiene das mãos, a higienização de superfícies, e até mesmo a utilização de equipamentos de protecção individual, são algumas medidas descritas na literatura e consideradas como medidas eficazes na prevenção e controlo de infecções hospitalares.</p> <p>Ao considerar uma baixa adesão dos profissionais de saúde à recomendação de higiene das mãos e possível incoerência entre o conhecimento e as suas atitudes e práticas, temos como objectivo saber quais as Barreiras/Obstáculos à Adesão a Higienização das Mãos.</p>
Diagnóstico de situação
<p>Definição geral do problema</p> <p>Partindo do resultado das observações sobre os cinco momentos da higienização das mãos, o BO apresentou uma taxa de 64,6%.</p>
<p>Análise do problema</p> <p>O resultado das observações sobre os cinco momentos da higienização das mãos realizada em Dezembro de 2012, mostra que a taxa é de 64,6%. Uma baixa taxa de adesão. É nosso objectivo mudar esta realidade e motivar os profissionais de saúde para esta prática. Sabemos, que é uma tarefa complexa e difícil e é necessário adoptar estratégias para mudar comportamentos no contexto organizacional, para atingir mudanças significativas e práticas duradouras na prática da higienização das mãos.</p> <p>Embora as técnicas envolvidas nessa prática seja simples, haja produtos, cartazes a informar os passos e as técnicas os profissionais valorizem e reconheçam a importância da HM, o hábito inadequado resulta em não adesão.</p> <p>Recorremos à utilização do instrumento de análise SWOT, por achar capaz de apoiar a tomada decisão, minimizando a incidência de erros, no decurso de acções mal planeadas (Bicho, et al., 2006 p. 1). O termo resulta da conjugação das iniciais das palavras anglo-saxónicas <i>Strengths</i> (forças), <i>Weaknesses</i> (fraquezas), <i>Opportunities</i> (oportunidades) e <i>Threats</i> (ameaças) (Bicho, et al., 2006 p. 12). O recurso a este instrumento facilita a identificação por parte de uma organização de forma integrada, dos principais aspectos que caracterizam a sua posição estratégica num determinado momento, tanto a nível interno, como externo (ambiente) (Bicho, et al., 2006 p. 12).</p> <p>Na construção da matriz as variáveis são sobrepostas, facilitando a sua análise e a procura de sugestões para a tomada de decisões, sendo uma ferramenta de extrema utilidade no planeamento e definição de estratégias (Bicho, et al., 2006 p. 14). Permite examinar como se dispõem as vantagens e desvantagens internas (forças e fraquezas), bem como os factores externos positivos ou negativos (oportunidades e ameaças). Quando um ponto forte é percebido através da nossa análise, devemos destacá-lo, quando percebemos um ponto fraco, devemos agir de forma a controlá-lo ou, pelo menos, minimizar seu efeito (Bicho, et al., 2006 p. 14).</p>

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

Quais são as barreiras que interferem na adesão dos profissionais de saúde à prática da HM.

Determinação de prioridades

Os resultados das observações realizadas em 2012 no hospital evidenciam a interferência do comportamento, do hábito, do ambiente e do contexto assistencial na baixa adesão a essa prática, bem como a necessidade de compreender e transformar a realidade e adoptar medidas para a mudança.

OBJECTIVO GERAL

- ✓ Aumentar para 90% a adesão dos profissionais do BO a higienização das mãos

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a infecção hospitalar;
- ✓ Aplicar um questionário e saber quais as barreiras/obstáculos à adesão;
- ✓ Elaborar um projecto de intervenção sobretudo na formação, observação e retorno de informação a equipa, lembretes no local de trabalho e treino para atingir os objectivos dos 90%
- ✓ Intervir junto das equipas multidisciplinares, com o intuito de as sensibilizar para a importância da higienização das mãos;
- ✓ Sensibilizar os profissionais para a importância da prevenção e controlo da infecção associada à prestação de cuidados aos utentes;
- ✓ Estimular a participação dos profissionais do bloco, no desenvolvimento de procedimentos que permitam utilizar o controlo da infecção como indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados* (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.

BICHO, Leadro e BAPTISTA, Susana. 2006. **Modelo de Porter e Análise SWOT**. Departamento de Engenharia Civil, Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra : s.n., 2006. p. 18.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e controlo de infecção associada aos cuidados de saúde. 2007. Disponível em www.dgs.pt (acesso em 2013, Setembro).

WHO, World Alliance for Patient Safety-Summary of the evidence for patient safety-WHO, edition 2008.

FRAGATA, José (2011) *Segurança dos doentes-uma abordagem pratica*, lidel edições técnica, Lda. ISBN 978-972-757-729-2 Novembro de 2011.

Data - Maio de 2014

Aluno: João Morgado

APÊNDICE 2

Ficha de Planeamento do Projecto

	Estudante: Enfermeiro João Manuel Simões Morgado		Orientador: Professora Doutora Cândida Ferrito			
	Instituição: Hospital Privado zona da grande Lisboa		Serviço: Bloco Operatório			
Título do Projecto: Higienizar as mãos não é opção é obrigação na diminuição das IACS						
	<p><u>OBJECTIVO GERAL</u></p> <p>Detectar as principais dificuldades institucionais e físicas para a higienização das mãos, no sentido de obter dados que proporcionem a instituição condições para estimular os enfermeiros à adesão a este procedimento, de modo que nas auditorias de 2014 a taxa de adesão seja de 90% como preconizado pela OMS em 2013</p> <p><u>OBJECTIVOS Específicos</u></p> <p>Adquirir e aprofundar conhecimentos sobre infeção hospitalar; Propor medidas que permitam uma correta higienização das mãos; Identificar os fatores condicionantes no controlo da infecção no BO Intervir junto das equipas multidisciplinares no sentido de as sensibilizar para a importância da higienização das mãos como uma medida para a prevenção da infecção.</p>					
	Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção					
	Enf. ^a Gestora Elsa Martins; Enf. ^a Tutor Hernâni Duque; ENF. ^o . Carla Matos (coordenadora da CCIH do Hospital privado)) <div style="text-align: right;">Data: 10/03/2014 Assinatura: João Morgado_</div>					
Objectivos Específicos		Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
			Humanos	Materiais	Tempo	
	Cronograma: APÊNDICE 7					
	Orçamento: <u>Duzentos euros</u> <u>Recursos Humanos: Enfermeira Gestora. Enfermeira responsável da CCI e equipa multidisciplinar do BO</u>					

	<u>Recursos Materiais: pesquisa bibliográfica sobre a problemática da HM</u>
	Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar: Que nas acções de formação que podem só ser aos sábados, motivar a equipa multidisciplinar para a importância da comunicação na melhoria dos cuidados prestados; Transmitir aos médicos da importância da correcta higienização cirúrgica das mãos. Transmitir a toda a equipa do bloco operatório a importância dos cinco momentos para prevenir as IACS e assim aumentar a taxa da higienização das mãos. Oferecer aos seus profissionais além das condições ideais, produtos dermatologicamente toleráveis,(creme hidratante) no intuito de aumentar a taxa de adesão que é tão importante no controle da infecção.

Planeamento do Projecto

Data: 25/11/ 2013

Aluno: João Morgado

Docente: Professora Cândida

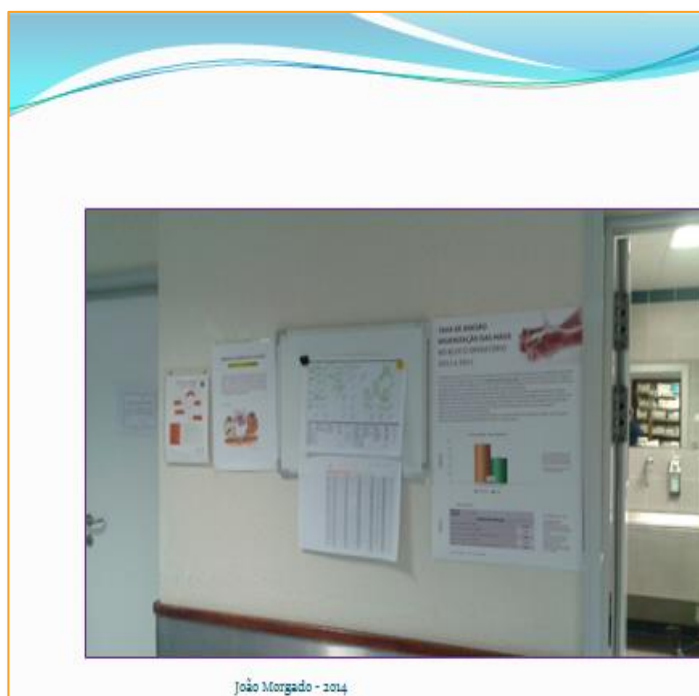
APÊNDICE 3

Plano de formação

Plano de formação	
Titulo-	infecções associadas aos cuidados de saúde uma responsabilidade de todos os profissionais
Objectivos:	Apresentar os resultados dos questionários (BAHM)
Duração –	30 minutos
Destinatários –	todos os profissionais do bloco operatório
Assuntos a abordar:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a equipa multidisciplinar do BO para a importância da HM na diminuição das IACS; ▪ Transmitir os resultados dos questionários realizados pelos profissionais do BO, no mês de Novembro de 2013; ▪ Apresentar os objetivos da implementação do projecto de intervenção de aumentar a prática da HM.
Orientação metodológica:	Método expositivo; Power point.
Recursos:	Computador e vídeo projector.
Avaliação:	Observação directa.

APÊNDICE 4

**Pósteres com a informação da taxa de
higienização das mãos no BO do ano de 2011,
2012 e 2013**



João Morgado - 2014

TAXA DE ADESAO HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO BLOCO OPERATÓRIO 2012 e 2011



O desafio Clean Care is Safer Care tem como objectivo prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde e tendo como mensagem de base a frase "medidas simples salvam vidas", preconiza, entre outras acções, a hig das mãos como uma das medidas que mais impacto tem na redução daquelas infeções, na diminuição da resis aos antimicrobianos e na redução dos custos associados a estas problemáticas. Portugal, na sequência de decisão da Ministra da Saúde, aderiu em 8 de Outubro de 2008 ao desafio da "World Alliance for Patient Safety, Clean Care is Safer Care", lançado publicamente a estratégia nacional para a melhor higiene das mãos nas unidades de saúde e declarando formalmente o compromisso da adopção de medidas pa reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde numa cerimónia que contou com a presença de representantes das várias Ordens Profissionais.

Desde então, tem sido objectivo do Hospital participar na campanha Nacional de Higiene das Mãos, promovendo incutindo a importância deste procedimento em todos os colaboradores.



Com os resultados obtidos e a adesão institucional de recursos humanos, foi possível alcançar, no ano anterior, uma taxa de 37,5%.

A OMS preconiza para 2013, a taxa de adesão de 90%.

2. Bloco Operatório

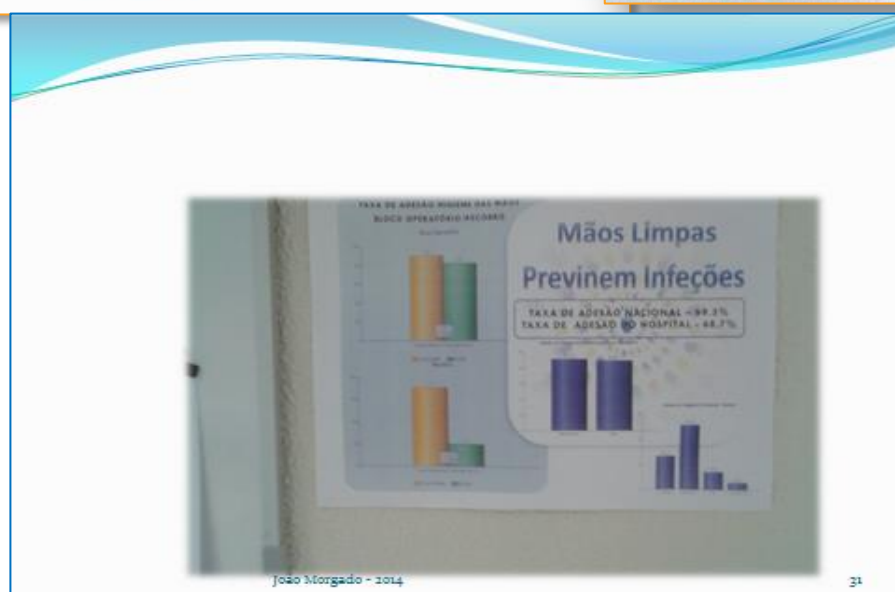
Taxa de Adesão	Adesão por Indicação
70,3%	
Antes de contactar com o doente	36,96%
Antes de um procedimento invasivo	70,0%
Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais	70,0%
Depois de contacto com o doente	72,38%
Depois de contacto com o ambiente envolvente do doente	90%

Taxa de Adesão 2011 - 54%

Foram observados 123 procedimentos para a higienização e foram utilizados 2,84 litros de álcool em gel para um período de 1 hora de observação.

Aut. João Morgado - Fonte: CES do Hospital VGE

35



João Morgado - 2014

31

APÊNDICE 5

Autorização para a aplicação do questionário

Ao Exmo. Conselho de Administração do
Hospital CUF Infante Santo

João Manuel Simões Morgado, enfermeiro, com nº mecanográfico nº5004377, a exercer funções no Bloco Operatório deste Hospital, no âmbito do 1º mestrado em Enfermagem Perioperatória, na Escola Superior de Saúde (ESS), no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), encontra-se a desenvolver um Projecto de Intervenção na área de adesão dos enfermeiros à higienização das mãos no Bloco Operatório, sob a orientação da Profª Doutora Cândida Ferrito da ESS, IPS.

Tendo por base os resultados das auditorias efectuadas nesta instituição, acerca da prática da higienização das mãos, verificou-se que a taxa de adesão no ano de 2012 foi de 64,6%. O presente projecto tem como objectivo principal contribuir para o aumento da adesão à correta higienização das mãos por parte dos enfermeiros no BO, através da identificação das possíveis causas para essa não adesão.

Neste âmbito vimos solicitar a V.Exª. se digne autorizar a aplicação de um questionário a equipa multidisciplinar do Bloco Operatório, que tem o objetivo de identificar possíveis barreiras, físicas, institucionais ou pessoais à não correta higienização das mãos.

Com os dados obtidos pretendemos contribuir com informação pertinente que contribua para a adoção de estratégias adequadas para a sensibilização e consequentemente a adesão à lavagem correta das mãos.

Informamos ainda que os princípios éticos do anonimato e confidencialidade serão assegurados.

Anexamos a este pedido o questionário e o termo do consentimento informado.

Estou ao seu dispor para qualquer esclarecimento. O meu contacto: telemóvel é 964966259

Autorizado,
P. Coelho
6/2/2014

Atenciosamente
João Manuel Simões Morgado
Lisboa 15 de Outubro de 2013

APÊNDICE 6

Semana da higienização das mãos

Alguns cartazes e informação sobre a lavagem, fricção anti-séptica e desinfeção pré cirúrgica das mãos que se deu ênfase na semana da higienização das mãos

“



APÊNDICE 7

Cronograma de Estágio e Actividades

Cronograma de Actividades

	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Escolha do tema e formulação do problema	PROJECTADO	REALIZADO						
Revisão bibliográfica	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO				
Reunião com o orientador de estágio e Enf ^ª da CCI	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	
Reunião com o orientador de estágio e docente	PROJECTADO		REALIZADO		REALIZADO	PROJECTADO		
Reunião com a representante dos produtos da HM			REALIZADO					
Construção de questionário e aplicação do pré-teste		PROJECTADO	PROJECTADO					
Autorização para aplicação do questionário		PROJECTADO	REALIZADO					
Aplicação do questionário			REALIZADO					
Tratamento dos dados e análise dos questionários				PROJECTADO	REALIZADO			
Implementar as melhores estratégias para aumentar a taxa de HM			PROJECTADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO		
Transmitir os resultados do questionário a equipa						PROJECTADO		
Divulgar a sessão informativa						PROJECTADO	REALIZADO	
Entregar o relatório de estágio							REALIZADO	PROJECTADO

PROJECTADO

REALIZADO

APÊNDICE 8

Formação “Higienização das mãos”

(Uma responsabilidade de todos os profissionais)



Higienização das Mãos

**IACS uma
responsabilidade de todos
os profissionais**

Hospital Cuf
Infante Santo - 2014

Transmissão de microorganismos

Desde 1846, a higienização das mãos é considerada a medida mais simples e eficaz para reduzir a transmissão de infeções nos serviços de saúde.



OMS-2008

João Morgado - 2014

2

Quem foi Ignaz Semmelweis

- Jovem Médico obstetra, Húngaro, que em finais de 1800 lutou pela lavagem das mãos, como sendo a medida mais importante na prevenção da infeção puerperal, apesar da incompreensão, críticas e maledicências entre os colegas;
- Morre antes de se descobrir que tinha razão.



João Morgado - 2014

3

Estudo de Semmelweis -1847

Mês	Nasc.	Morte	Taxa%
Abril	312	57	18,3%
Maio**	294	36	12,2%
Junho	269	6	2,4%
Julho ** introdução da lavagem das mãos	250	3	1,2%
Agosto	264	5	1,9%

Maternidade de Viena



4

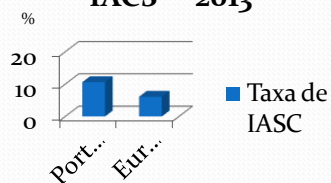
Impacto das IACS

- Agravamento do estado de saúde;
- Aumento do tempo de internamento;
- Sequelas;
- Aumento da mortalidade/morbilidade;
- Custos económicos mais elevados;
- Custos pessoais para doentes e família.

João Morgado - 2014

5

IACS - 2013



João Morgado - 2014

7

❖ Por ano e só na Europa ocorreram 2 a 3 milhões de infecções nosocomiais e por cerca de 25000 mortes em cada ano.

❖ 1.4 milhões de pessoas em todo o mundo e por ano, sofrem infecções adquiridas em hospitais. (OMS, 2008)

João Morgado - 2014

IACS

- Os agentes mais frequentes envolvidos são: *Enterococcus spp*, *Escherchia coli*, *Pseudomonas spp* e *staphylococcus aureus*, *Klebsiella spp*, *Proteus*, entre outros



Escherichia coli



João Morgado - 2014

pseudomonas



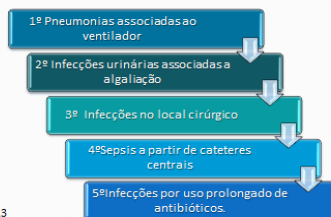
João Morgado - 2014

Klebsiella clostridium difficile



João Morgado - 2014

IACS – Infecções mais comuns (2013)



DGS:2013

João Morgado - 2014

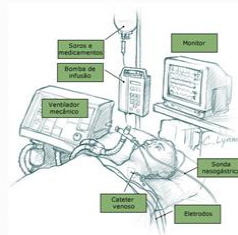
Princípios básicos da higienização das mãos

QUANDO? Seus 5 momentos para a higienização das mãos



João Morgado - 2014

Ambiente envolvente do doente



João Morgado - 2014

17

1- Antes do contacto com o doente

- Cumprimentar o doente;
- Ajudar o doente na mobilidade;
- Auscultar;
- Proceder a palpação abdominal.

João Morgado - 2014

19

2- Antes de procedimentos assépticos

- Antes de manipular um dispositivo invasivo num doente, independente do uso de luvas;
- Antes de manipularmos material esterilizado;
- Aceder ao sistema vascular ou sistema de drenagem.

João Morgado - 2014

20

4- Após contacto com o doente

- Antes e após contacto directo com o doente;
- Ajudar o doente na mobilidade.

João Morgado - 2014

22

3- Após o risco de exposição a fluidos orgânicos

- Colher e manipular produtos orgânicos;
- Aspiração de secreções;
- Colocação e remoção de tubo endotraqueal.

João Morgado - 2014

21

Sobrevida dos microorganismos

	Microorganismos	Mãos	Superfícies
Bactérias gram +	Estafilo. Aureus VRE	> 150 minutos Até 60 minutos	Até 7 meses Até 4 meses
Bactérias gram -	E. Coli Acinetobacteria Pseudomonas klebsiella	6-90 minutos >150 minutos 30-180 minutos Até 2 horas	Até 16 meses Até 5 meses Até 16 meses Até 30 meses
	Clostridium difficile	desconhecida	Até 5 meses
Virus	Rotavirus Influenza VIH	Até 260 minutos 10-15 minutos desconhecida	Até 60 dias 12 -48 horas Até 7 dias

João Morgado - 2014

24

5- Após contacto com o ambiente envolvente do doente

- Após contacto com objectos inanimados (incluindo equipamento médico) pertencentes à unidade do doente;
- Ajustar o ritmo das perfusões;
- Manusear as grades da cama.

João Morgado - 2014

23

O uso das luvas e higiene das mãos

- O uso de luvas obriga à higienização prévia das mãos;
- Após o uso /entre a troca de luvas deve higienizar sempre as mãos;

Cont.

João Morgado - 2014

25

- Use luvas sempre que antecipar que vai entrar em contacto com sangue, ou outros fluidos orgânicos;
- Mude de luvas ou remova-as se passar de um local contaminado para um local limpo no mesmo doente.



João Morgado - 2014

26

Unhas

- Não use unhas artificiais ou extensões;
- Mantenha as unhas curtas, naturais e limpas;
- Retire jóias, anéis, pulseira e relógios antes de entrar no bloco operatório.



João Morgado - 2014

27

Higienização das mãos

- Fricção anti-séptica;
- Lavagem das mãos;
- Preparação pré-cirúrgica das mãos.

(DGS-2010)

João Morgado - 2014

28

Fricção anti-séptica das mãos(20-30s)



João Morgado - 2014

29

Lavagem das mãos (40 - 60s)

Como lavar as mãos?



30

Preparação pré-cirúrgica das mãos (2 a 3 minutos)

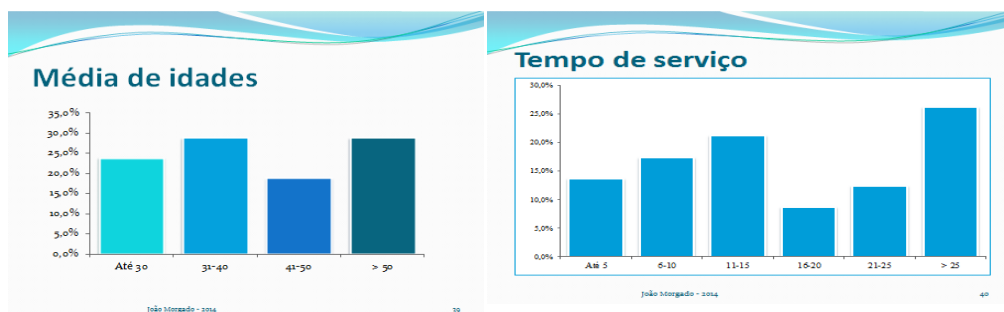
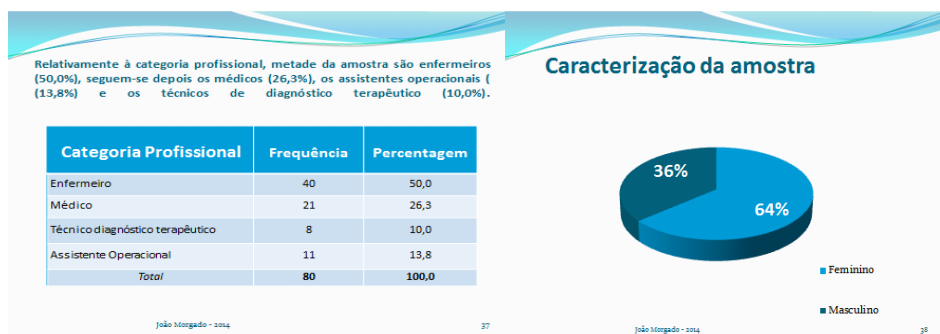
João Morgado - 2014

31



João Morgado - 2014

32



Avaliação e feedback

	Média	Dp
13. Não existem auditorias/observações periódicas.	2,94	1,54
14. Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia a prática de higiene das mãos.	4,26	1,52
15. Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.	4,44	1,47
16. Não é transmitida informação sobre a taxa de infeção nosocomial dos serviços e da instituição.	4,55	1,40
17. Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	4,53	1,42
18. Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	4,65	1,26
29. Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	3,80	1,70
30. Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da Infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	3,34	1,66

Estatística descritiva (factores)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Avaliação e feedback	80	1,00	6,00	4,06	1,04
Liderança e alertas formais	80	1,00	4,86	3,29	0,85
Materiais e equipamentos	80	1,00	4,80	2,96	0,90
Clima organizacional	80	1,00	5,80	2,38	1,26
Formação e treino	80	1,00	3,00	1,79	0,51
Total BAHM	80	1,22	4,05	2,83	0,59

João Morgado - 2014
41
João Morgado - 2014
42

Higienização e idade

- Os resultados indicam, que os mais novos, são os que percebem obstáculos mais elevados.

João Morgado - 2014

44

Barreiras à higienização das mãos e género

- As mulheres percebem mais barreiras à higienização do que os homens embora, as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

João Morgado - 2014

43

Barreiras à higienização das mãos e categoria profissional

- As diferenças significativas encontram-se entre os Técnicos diagnóstico e terapêutica e os médicos, sendo os primeiros, os que percebem obstáculos mais elevados.

João Morgado - 2014

46

Higienização das mãos e tempo de serviço

- Os inquiridos que têm até 5 anos de serviço, são os que percebem maior número de obstáculos.

João Morgado - 2014

45

Cont.

DGS (2010) defende para que os profissionais cumpram a higiene das mãos, os órgãos de gestão devem:

- (...) Promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática;
- Divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho (...)

João Morgado - 2014

48

Concluindo

- A OMS (2009) defende, monitorização das práticas de higienização das mãos e de infra-estruturas enquanto informa a equipa do seu desempenho.

João Morgado - 2014

47

DUVIDAS?



João Morgado - 2014

39



João Morgado - 2014

49

Bibliografia

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - ASEP. 2006. *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. H. Loure. Lundheim, 2006. ISBN: 978-99961-3-1-3.
- Direcção-Geral da Saúde, circular normativa nº 13/DGS/DSD de 14/06/2010
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. 2007.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). Prevenção de infeções adquiridas no hospital. Portugal. Ministério da Saúde
- FRAGATA, José (2011) Segurança dos doentes-uma abordagem prática, 1.ª ed. edição técnica, Lda. ISBN: 978-979-757-759-2 Novembro de 2011
- World Health Organization, World Alliance for Safer Health Care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva/WHO press; 2009
- WHO. World Alliance for Patient Safety-Summary of the evidence for patient safety-WHO edition 2008
- WHO (2009). Guidelines on hand hygiene care. First Global Patient Safety Challenge. Clean care is Safer Care. Retirado a 1 de Novembro de 2013 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/978924497904_eng.pdf
- SANTOS, Adélia Aparecida Marçal dos- Higienização das mãos no controlo das infeções em serviços de saúde.

João Morgado - 2014

51

APÊNDICE 9

Poster, elaborado para o congresso de Enfermagem Perioperatória no Instituto Politécnico de Setúbal “Da prática à evidência científica”

HIGIENIZAR AS MÃOS NÃO É UMA OPÇÃO, É UMA OBRIGAÇÃO

João Morgado, Hospital CUF Infante Santo, BO

Cândida Ferrito, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

Projeto desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Perioperatória

Introdução

O presente Projeto desenvolveu-se num Bloco Operatório de um Hospital Privado na região de Lisboa. Os dados obtidos pelas auditorias em 2012 permitiram saber que a adesão à lavagem higiénica das mãos no BO é de 64,6%, (1)

Com base nestes dados, propusemo-nos a identificar as barreiras percecionadas pelos profissionais do BO, à higienização das mãos.



Objetivos

Objetivo geral:

- Aumentar a taxa de adesão à higienização das mãos na equipa multidisciplinar do bloco operatório

Objetivo específico:

- Identificar as barreiras à adesão à higienização das mãos, percecionadas pela equipa multidisciplinar do bloco operatório;

Metodologia

Estudo quantitativo, transversal, com amostra por conveniência.

Aplicada escala **BAHM** (Barreiras a Adesão à Higiene das Mãos), elaborada e validada por Piscoiro (2012), (2).

Resultados

Caraterização da Amostra:

Amostra foi constituída por 80 profissionais,

64% do sexo feminino, média de idade de 41 anos,

50% são Enfermeiros, 26% Médicos, 14% Auxiliares de Ação Médica e 10% Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Barreiras percecionadas à higienização das mãos:

✓ Dimensão, avaliação e feedback:

- “Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos”
- “Não é transmitida informação sobre a taxa de infeção nosocomial dos serviços e da instituição”
- “Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar”
- “Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos”



Conclusão

Para a promoção dos profissionais à adesão da higienização das mãos é importante fazer a sua monitorização mas acima de tudo divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais, pelo seu desempenho.

Deste modo têm de se criar estratégias de divulgação dos resultados das auditorias, elaborar informação escrita acessível a todos, criar espaços de debate e partilha de conhecimentos.

Bibliografia

(1) Matos, Carla Maria Mira de, Enfermeira do programa de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos. HCIS @jmellosaude.pt

(2) PISCOIRO, Zélia Maria Pereira da Costa- BARREIRA À ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS. A perceção dos profissionais de saúde. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Infeção em cuidados de saúde. Lisboa, Outubro de 2012. Disponível no endereço: repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10513/1/tese.pdf

Imagens: <http://www.minhavidacom.br/saude/galerias/4774-aprenda-a-lavar-bem-as-maos-com-sete-cuidados/7>

ARTIGO

HIGIENIZAR AS MÃOS NÃO É UMA OPÇÃO. É UMA OBRIGAÇÃO NA DIMINUIÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NA ZONA DA GRANDE LISBOA

Professora Doutora Cândida Ferrito
Mestrando João Manuel Simões Morgado

RESUMO

A problemática deste estudo centra-se na identificação das barreiras percecionadas pelos profissionais de um bloco operatório para a não adesão à higienização das mãos.

Assim, esta pesquisa de natureza quantitativa, correlacional, transversal e por uma amostragem não probabilística por conveniência, teve como objectivo conhecer as Barreiras à Higienização das Mãos (BAHM), no bloco operatório dum hospital privado da zona da grande Lisboa. Observados os aspectos éticos, iniciou-se o estudo utilizando como instrumento de colheita de dados um questionário sobre a avaliação do tipo de importância das barreiras à adesão à higiene das mãos percecionadas pelos profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de diagnóstico e terapêutica e Assistentes operacionais), sendo constituído por 37 itens de resposta alternativa do tipo Likert (Discordo completamente, Discordo, Discordo moderadamente, concordo moderadamente, concordo e concordo completamente).

Ao analisar os dados, o resultado indica, que os profissionais percebem mais obstáculos na dimensão avaliação e feedback ($m=4,6\%$) e menos obstáculos em formação e treino ($m=1,76$).

A avaliação e feedback com os quais os sujeitos mais concordam e que portanto, se constituem como os principais obstáculos à higienização das mãos foram:

Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos ($m=4,65$); Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição ($m=4,55$); Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar ($m=4,63$); Não são transmitidos

os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos (m=4,44).

Após o desenvolvimento deste estudo, podemos concluir, ser necessário adequar os recursos na importância de promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática, mas principalmente divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais, pelo seu desempenho.

Palavras-chaves: Barreiras, Higienização das mãos, Profissionais Peri operatórios

ABSTRACT

The problem of this study focuses on identifying the barriers perceived by professionals in an operating room for non-adherence to hand hygiene .

Thus , this research quantitative, correlational , cross-sectional and non-probability convenience sampling , aimed to meet Barriers to Hand Hygiene (BAHM) , in the operating theater of a private hospital in the Greater Lisbon area . All ethical aspects , began using the study as a tool for collecting data on a questionnaire to assess the importance of the type of barriers to adherence to hand hygiene perceived by health professionals (doctors, nurses , technicians and diagnostic and therapeutic operational assistants) , consisting of 37 items of alternative response Likert (Strongly Disagree , Disagree , Disagree moderately , moderately agree , agree and strongly agree

When analyzing the data , the result indicates that professionals perceive more obstacles in the dimension evaluation and feedback (m = 4.6%) and fewer obstacles in education and training (m = 1.76) .

The evaluation and feedback with which the subjects agree more and therefore constitute as the main barriers to hand hygiene were :

I do not have easy access to data from the evaluation of results of hand hygiene (m = 4.65) ; Not transmitted information on the rate of nosocomial infection of services and the institution (m = 4.55) ; No results are discussed in service for evaluation of what is good and what can be improved (m = 4.63) ; There are transmitted the results of the evaluation of adherence to hand hygiene either in training or in posters displayed (m = 4.44) .

After the development of this study, we conclude , is necessary to adjust the resources on the importance of promoting monitorização accession of professionals to this practice , but mainly to provide regular feedback to professionals for their performance .

Keywords: Barriers, Hand hygiene, perioperative Professionals

INTRODUÇÃO

“No passado, as infecções nosocomiais eram vistas como uma fatalidade necessária, o resultado do tratamento, fruto do azar. Atualmente as infecções deste tipo são considerados um erro, se não tiverem sido respeitadas as boas práticas que existem hoje para as impedirem, e no extremo são mesmo considerados como um evento sentinela, que deveria determinar uma investigação dirigida”. (FRAGATA, 2011 p.119)

Em pleno Século XXI, tantos anos após o levantamento das hipóteses de Semmelweis, ainda há resistência à técnica e ao hábito da lavagem das mãos. A experiência de Semmelweis deu-nos a certeza da importância da higienização das mãos para a prevenção das infecções, porém as dificuldades foram imensas até conseguir provar e chegar a essa conclusão.

“Muitas décadas se passaram e diversos cientistas e filósofos

comprovaram e defenderam causa da assepsia. Mesmo com a constatação do valor e da importância da higienização das mãos na transmissão das Infecções associados aos cuidados de saúde independentemente da importância ou da posição que ocupam, continuamos a ignorar um gesto tão simples e não compreendem os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas”. (SANTOS, 2012 pág. 2)

As "IACS, não sendo um problema novo, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são

seguramente evitáveis”. (PNCI-DGS, 2007 pag.4)

A taxa de prevalência de infecção hospitalar em Portugal tem aumentado: passou de 8,4% no inquérito realizado em 2003 para 9,8%, em 2009 e agora atingiu 10,6% (DGS, 2013).

Tem sido objectivo do Hospital, desde 2009 participar na campanha Nacional de Higiene da Mãos, promovendo e inculcando a importância deste procedimento em todos os colaboradores, como uma das medidas para reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde

A realização in loco das observações, feitas pelas auditorias permitiu-nos, perceber que, apesar da disponibilidade dos equipamentos/produtos, a existência de cartazes mostrando todas as etapas do processo de lavagem das mãos e que, a equipa multidisciplinar do bloco operatório, é bem formada tecnicamente, com suporte teórico sobre a importância da higienização das mãos, durante os procedimentos, tendo consciência da transmissão de microorganismos causadores de diversas infecções, sendo a técnica simples e rápida, acreditamos e partindo do resultado das auditorias internas, que esta prática não é realizada adequadamente. A taxa de adesão em 2012, é de 64,6%.

Sendo assim, há necessidade de procurar as principais barreiras institucionais e físicas para a higienização das mãos, no sentido de obter dados que proporcionem as condições para estimular estes profissionais à adesão a este procedimento. Assim definimos como objectivo geral:

Aumentar a taxa de adesão à higienização das mãos nos profissionais de saúde do bloco operatório para 90% em 2014.

Delineamos como objectivos específicos, para atingirmos o objectivo principal:

- Identificar as barreiras à adesão à higienização das mãos percebidas pela equipa multidisciplinar do bloco operatório;
- Implementar as melhores estratégias para alcançar uma maior adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

No presente estudo a população é constituído por todos os profissionais (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnostico e Terapêutica e Assistentes Operacionais) a exercer a actividade na prestação directa de cuidados no bloco operatório do hospital privado. De uma população com cerca de 134 profissionais dos quais aproximadamente 50 Médicos, 48 Enfermeiros, 28 Assistentes Operacionais e 8 Técnicos de radiologia. Do total de 100 questionários entregues obtivemos entre 1 e 30 Novembro 2013, 80 questionários respondidos, o que corresponde a uma taxa de adesão de 80%. Deste modo a nossa amostra é constituída por 80 profissionais de saúde.

O questionário é dividido em duas partes: a primeira parte foi destinada a caracterização sócio demográfica da amostra (idade, Género, Categoria Profissional, tempo de serviço), a segunda parte foi dedicada à avaliação do tipo de importância das barreiras à adesão à higiene das mãos, sendo constituído por 37 itens de respostas alternativas do tipo Likert (Discordo completamente, Discordo; Discordo moderadamente; Concordo moderadamente, concordo e concordo completamente). Foi uma escala elaborada e validada pela Senhora Enfermeira Zélia Pisoeiro no âmbito do seu mestrado – BAHM- (Barreiras a Adesão à Higiene das Mãos). A percepção dos profissionais de saúde. Na universidade católica portuguesa em 2012. A aplicação do questionário foi precedida de pedido de autorização pelo Instituto politécnico de Setúbal, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Privado, salvaguardando o anonimato e possibilitando o acesso aos resultados.

Os dados recolhidos foram submetidos ao tratamento estatístico, que foi fundamental na organização e análise da informação, bem como na apresentação, interpretação e discussão dos resultados. As fontes foram omissas, uma vez que toda a informação diz respeito aos dados colhidos através do instrumento de colheita de dados.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Colaboraram na investigação 80 inquiridos. Um pouco mais de metade são do género feminino (64,0%, n = 51) enquanto o género masculino se encontra representado pelos restantes 36,0% (n = 29), conforme se pode comprovar pela observação do gráfico nº 1.

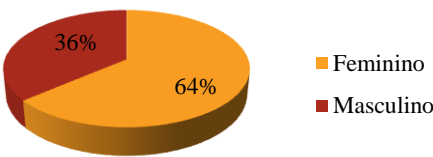


Gráfico 1 - Género

A média de idades é de 41,4 anos (dp=13,2 anos). O inquirido mais novo tem 21 anos e o mais velho 73 anos. Os escalões etários mais representados são os escalões 31-40 e > 50 anos, ambos com a mesma proporção de inquiridos (28,7%).

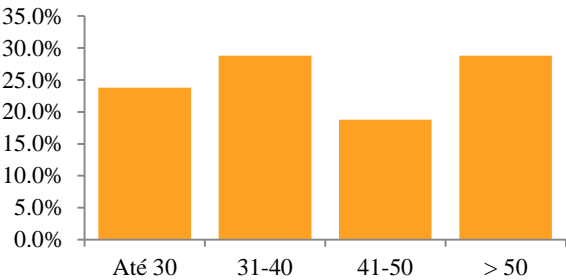


Gráfico 2 – Escalões etários

No gráfico nº 3 podemos apreciar a distribuição dos sujeitos por tempo de serviço. A maioria tem mais de 25 anos de tempo de serviço (26,3%).

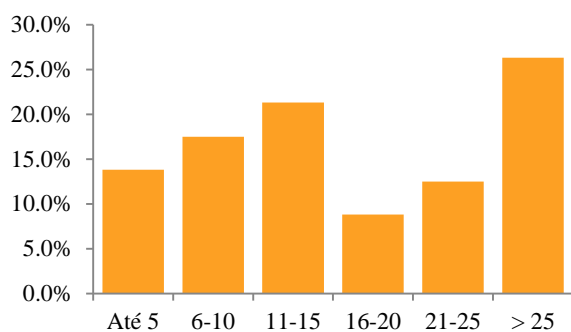


Gráfico 3 – Tempo de serviço

Relativamente à categoria profissional, metade da amostra são enfermeiros (50,0%), seguem-se depois os médicos (26,3%), os assistentes operacionais (13,8%) e os técnicos de diagnóstico terapêutico (10,0%).

	Frequência	Percentagem
Enfermeiro	40	50,0
Médico	21	26,3
Técnico diagnóstico terapêutico	8	10,0
Assistente Operacional	11	13,8
Total	80	100,0

Tabela 12 – Categoria profissional

RESULTADOS

Os itens do fator **Avaliação e feedback com os quais os sujeitos mais concordaram e, que, portanto, se constituem como os principais obstáculos à higienização das mãos** foram, Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos (média=4,65), Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição (4,55), Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar (4,63) e Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos (4,44).

(Pisoeiro 2012), a autora da escala de BAHM classificou ao factor 1 (itens 13, 14, 15, 16, 17, 18, 29 e 30) a designação de Avaliação e Feedback, referindo-se à transmissão em tempo útil, da informação aos profissionais através de formação informal/formal,

utilizando diversas estratégias como reuniões de serviço, de passagem de turno, cartazes afixados em locais de passagem, via correio electrónico, sistema interno de televisão ou jornal institucional.

Ao factor 2 (itens 32, 33, 34, 35, e 36) a designação de Clima Organizacional reflectindo-se principalmente ao nível de sobrecarga de trabalho e, por conseguinte, na desmotivação e na resistência à mudança dos profissionais.

Ao factor 3 (itens 7, 8, 10, 11, 19 e 37) Formação e Treino estes itens estão relacionados com a existência de formação sobre a técnica adequada (porquê, quando e como se deve higienizar as mãos) e com o conhecimento por parte dos profissionais de saúde da existência no serviço/instituição de recomendações sobre a higiene das mãos.

Ao factor 4 (itens 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28) Liderança e Alertas Formais estão relacionados, com a existência de cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição, com a distribuição de matéria de divulgação da campanha de higiene das mãos e recomendações distribuídos ou disponibilizados. E também com a percepção por parte dos profissionais da participação do órgão de gestão e das chefias intermédias a existências de incentivos e sanções para os profissionais.

E ao factor 5 (itens 1, 2, 3, 4 e 5) Materiais e Equipamentos estão relacionados com a localização e disponibilização conveniente dos lavatórios com água e sabão, toalhetes de papel, SABA e creme hidratante.

		Média	Dp
Avaliação e feedback			
13	Não existem auditorias/observações periódicas.	2,94	1,54
	Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal		
14	no dia-a-dia, a prática de higiene das mãos.	4,26	1,52
	Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos		
15	quer em formação, quer em cartazes expostos.	4,44	1,47
	Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços		
16	e da instituição.	4,55	1,40
	Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do		
17	que se poderá melhorar.	4,53	1,42
	Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das		
18	mãos.	4,65	1,26
29	Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de	3,80	1,70

	Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.		
	Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de		
30	Controlo da infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	3,34	1,66
	Clima organizacional		
32	Estou desmotivado no meu local de trabalho.	2,35	1,36
33	Estou muito ocupado com outros cuidados.	2,49	1,47
34	Tenho muitas outras coisas para fazer.	2,56	1,54
35	Não tenho tempo disponível.	2,26	1,35
36	Existem sempre outras prioridades.	2,24	1,41
	Formação e treino		
7	Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	1,89	1,09
8	Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	2,84	1,62
10	Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	1,50	0,93
11	O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	1,18	0,38
	Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais)		
19	nos pontos de higiene das mãos.	2,10	1,11
37	Não quero higienizar as mãos.	1,09	0,28
	Liderança e alertas formais		
20	Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	2,25	1,28
	Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos		
22	(panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	3,15	1,49
	As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no		
24	serviço.	2,29	1,12
25	O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.	3,23	1,49
	As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das		
26	mãos.	3,40	1,42
27	Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	4,20	1,54
	Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das		
28	mãos.	4,54	1,33
	Materiais e equipamentos		
1	A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	2,44	1,52
	A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso		
2	de lavar as mãos).	2,18	1,21
3	Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	1,89	0,94
4	Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	3,99	1,82
	Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador		
5	automático.	2,34	1,45

Tabela 3 – Estatísticas descritivas das barreiras à higienização das mãos

CONCLUSÃO

Este projeto contribuiu significativamente por ir de encontro aos nossos objectivos, na deteção e intervenção do problema identificado, de modo a reunir dados que permitam implementar as melhores estratégias, para alcançar uma maior adesão por parte dos profissionais de saúde, visando a prevenção e a redução das infecções, bem como a segurança de pacientes e profissionais.

Os resultados indicam ser necessário, gerar mudanças de comportamentos quer das chefias e da CCI, bem como adequar os recursos na importância de promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática, mas principalmente divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais, pelo seu desempenho.

Devemos entender que a prevenção e o controlo da infecção hospitalar como uma responsabilidade individual e colectiva, pois sem a compreensão e a implementação correcta do procedimento executada por todos aqueles que prestam cuidados ao cliente, esta temática continua a ser um obstáculo na qualidade da prestação dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS (2007^a) - programa Nacional de prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. DGS. Retirado a 27 de Outubro de 2013 de <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=1&codigono=002AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e controlo de infecção associada aos cuidados de saúde. 2007. Disponível em www.dgs.pt (acesso em 2013 Setembro)

DGS (2010^a) - Circular Normativa nº13/DQSD/DSD de 14/06/2010: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Retirado a 3 de Novembro de 2013 de <http://www.mcci.minsaude.pt/siteCollectionDocuments/i013069.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e controlo de

infecção associada aos cuidados de saúde. 2007. Disponível em www.dgs.pt (acesso em 2013 Setembro)

FRAGATA, José (2011) Segurança dos doentes-uma abordagem pratica, lidel edições técnica, Lda. ISBN 978-972-757-729-2 Novembro de 2011

HESBEEN, Walter. 2000. Cuidar no Hospital. Loures : s.n., 2000. ISBN: 972-88383.

Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2005), Investigação por questionário, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa

PISOEIRO, Zélia Maria Pereira da Costa- BARREIRA À ADESAO À HIGIENE DAS MÃOS. A percepção dos profissionais de saúde. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Infecção em cuidados de saúde. Lisboa, Outubro de 2012. Disponível no endereço: repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10513/1/tese.pdf

SANTOS, Adélia Aparecida Marçal dos- Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. acedido da internet no endereço www.anvisa.gov.br/servicossaude/contrle/higienizacao_mao.pdf

WHO, World Alliance for Patient Safety-Summary of the evidence for patient safety- WHO, edition 2008

World Health Organization, World Alliance for Safer Health Care, WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, Geneva: WHO press; 2009

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário

Avaliação das Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos (BHM)¹

Este questionário insere-se num Projeto no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde (ESS), no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), realizado pelo enfermeiro João Morgado.

Os dados destinam-se, exclusivamente ao Projeto citado, são anónimos e serão tratados de forma confidencial.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Idade: ____ **Género:** Feminino ☐ Masculino ☐

Tempo de Exercício Profissional: ____ anos e ____ meses

Categoria Profissional: Enfermeiro(a) ☒ Médico(a) ☐ TDT ☐ Assistente Operacional ☐

Assinale o peso/importância que atribui a cada uma das seguintes situações enquanto barreira/obstáculo à adesão à higiene das mãos como profissional de saúde.

Considere que o 1 é discordo completamente e o 6 concordo completamente

Sinto dificuldades em cumprir a adequada higiene das mãos PORQUE:	Discordo completamente 1	Discordo 2	Discordo moderadamente 3	Concordo Moderadamente 4	Concordo 5	Concordo completamente 6
A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) em formato bolso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que a higiene das mãos interfere com a relação de confiança com o doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que a formação sobre higiene das mãos na instituição é exagerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem auditorias/observações periódicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia-a-dia, a prática de higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Escala elaborada e validada por Zélia Pisoeiro, no âmbito do Mestrado em Infecção Hospitalar no ICS, UCP.

Sinto dificuldades em cumprir a adequada higiene das mãos PORQUE:	Discordo completamente 1	Discordo 2	Discordo moderadamente 3	Concordo moderadamente 4	Concordo 5	Concordo completamente 6
Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esqueço-me da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É frequente não pensar/esquecer a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os colegas de trabalho não incentivam a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou desmotivado no meu local de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou muito ocupado com outros cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas outras coisas para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tenho tempo disponível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem sempre outras prioridades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não quero higienizar as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No caso de lhe interessar saber os resultados do estudo, contate-me através do endereço: joaomanuelmorgado@hotmail.com

ANEXO 2

Formulário de observação

ANEXO 34

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

País	Cidade	Hospital	Identificação do local								
Observador (iniciais) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Data (dd.mm.aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Nº. do Período <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Departamento/Clinica <input type="text"/>								
Início/Fim (h:min) <input type="text"/> : <input type="text"/> / <input type="text"/> : <input type="text"/>		Nº. da Sessão <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nome do Serviço <input type="text"/>								
Duração da Sessão (min) <input type="text"/> <input type="text"/>		Nº. do Formulário <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nome da Unidade <input type="text"/>								
Cat. Prof. Código Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Cat. Prof. Código Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Cat. Prof. Código Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Cat. Prof. Código Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Op	Indicação	Ação	Op	Indicação	Ação	Op	Indicação	Ação	Op	Indicação	Ação
1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada
2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada
3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada
4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada
5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada
6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada
7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada
8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ep. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ep. pacte. <input type="checkbox"/> ep. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="checkbox"/> não realizada

ANEXO 3

Percepção da importância da higiene das mãos na
prevenção das infecções associadas aos cuidados de
saúde



“Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas Implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”

População alvo: Profissionais de Saúde

Âmbito da aplicação - Antes da implementação da Campanha da Higiene das Mãos

O preenchimento deste questionário demora cerca de 10 minutos. As suas respostas são anónimas e permanecerão confidenciais

Glossário Breve:

- ▶ **Solução anti-séptica de base alcoólica (SABA):** preparação de base alcoólica (líquida ou gel) desenvolvida para aplicar nas mãos com o objectivo de reduzir a flora microbiana das mãos.
- ▶ **Fricção anti-séptica das mãos:** aplicação de um anti-séptico de base alcoólica por fricção das mãos, a fim de reduzir ou inibir o crescimento de microrganismos (a sua utilização não necessita de água nem toalhetes).
- ▶ **Lavagem das mãos:** higiene das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano).
- ▶ **IACS:** Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

1. Data ____/____/____

2. Hospital _____ Código _____

3. Administração Regional de Saúde _____

4. Cidade _____

5. Caracterização da Unidade de Saúde:

5.1. Hospital ☐

5.1.1. Público ☐ Privado ☐

5.1.1.1. Se Público: Civil ☐ Militar ☐

5.1.2. Geral ☐ Especializado ☐ Universitário ☐

5.2. Unidade de Cuidados Continuados ☐

5.3. Outra ☐ _____

6. Caracterização do Serviço/Departamento onde exerce funções:

Medicina/Especialidades Médicas ☐ Cirurgia/Especialidade Cirúrgica ☐ Bloco Operatório ☐

Unidade de Cuidados Intensivos ☐ Urgência/Emergência ☐ Obstetrícia/Ginecologia ☐ Pediatria ☐

Neonatologia ☐ Reabilitação ☐ Imagiologia ☐ Hospital de dia /Ambulatório ☐ Outra área ☐

